НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Издательство «Знание»
ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ
1986/9
В.П. Петров
ЗАБОЛЕВАНИЯ
ТОЛСТОЙ
КИШКИ
ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ЧЕЛОВЕК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ
ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТАХ
ЧТО ТАКОЕ КОЛОСТОМА

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ
ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

9/86

В.П. Петров

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3
Краткие данные по анатомии и физиологии толстой кишки 3
Методы диагностики заболеваний толстой кишки 6
Заболевания толстой кишки 10
Профилактика заболеваний толстой кишки 32
Реабилитация больных после операций на толстой кишке 46
Заключение 48

Москва 1986

ББК 54.1
П 30

Автор: ПЕТРОВ В. П.— доктор меднцннскнх наук, профессор

Рецензент: Федоров В. Д.— член-корреспондент АМН СССР, профессор.

Петров В. П.

П 30 Заболеваиия толстой кишки.— М.: Зиаиие, 1986.— 48 с. (Нар. уи-т. Фак. здоровья; № 9).
15 к.

Человек чуть лн не с пелекок прнучается заботнться о так назыввемых жизненно важных органах: о сердце, легкхх, печекн. Но мвло кто задумывается, а многке даже говоркть стескяются о кншечкнке. Хотя последннй нграет кемаловвжную роль в жнзкедеятельностк указакхых выше органов, да к свма толствя кншка прн расстройстве ее фуккцкй доствляет человеку немало кепрнятностей, в то н угрожает его здороаью. О том, что может к должен делать человек для профклактнкн заболеванний толстой кншкн, чем способен помочь в таком случае врач, рассказывает автор брошюры.
Брошюра рвссчнтана на шкрокнй круг чнтвтелей.

17-04060000 ББК 54.1

Редактор Б. В. САМАРИН

ВВЕДЕНИЕ

> Человек — высший продукт земной природы. Но для того, чтобы наслаждаться сокровищами природы, человек должен быть здоровым, сильным и умным.
>
> И. П. Павлов

Заболевания толстой кишки относятся к числу широко распространенных, и частота их в последнее время заметно увеличивается.

Большинство заболеваний толстой кишки относится к проктологическому профилю. Диагностикой и лечением этих больных занимаются проктологи. Лишь небольшое число болезней, таких, как спастический колит, хронический атрофический колит, запоры, энтероколиты, специфические формы колитов, относится к компетенции гастроэнтерологов, инфекционистов, специалистов по тропическим заболеваниям. Проктология (от греческих слов «проктос» — прямая кишка и «логос» — учение) — это область науки, занимающаяся изучением болезней прямой и ободочной кишок.

При профилактических осмотрах практически здоровых взрослых людей проктологические заболевания выявляются у 306 из 1000. Из 10 000 взрослого населения к врачу-проктологу обращаются 339, среди госпитализированных в хирургические отделения стационаров 12,3 % составляют больные проктологического профиля (Федоров В. Д., Милитарев Ю. М., Артюхов А. С., 1978).

В силу некоторых специфических особенностей проктологических заболеваний и их локализации больные поздно обращаются за помощью к врачу. Причинами этого чаще всего являются ложная стыдливость, нежелание показать даже врачу интимные части своего тела. Это, как правило, приводит к дальнейшему распространению болезни, появлению осложнений, при которых помочь больному бывает трудно. Лечение таких больных продолжается длительное время, и результаты лечения не всегда бывают хорошими.

Настоящая брошюра призвана помочь и здоровым людям и больным проктологического профиля разобраться в своем состоянии, привлечь внимание к признакам заболеваний толстой кишки и подчеркнуть необходимость своевременного обращения к врачам.

КРАТКИЕ ДАННЫЕ ПО АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

> Наука о строении человеческого тела является самой достойной для человека областью познания и заслуживает чрезвычайного одобрения.
>
> А. Везалий

Толстая кишка является конечной частью пищеварительного тракта человека. Ее началом считается слепая кишка, на границе которой с восходящим отделом в толстую кишку впадает тонкая кишка. Заканчивается толстая кишка наружным отверстием заднего прохода. Общая длина всей толстой кишки у человека составляет около 2 метров. В толстой кишке выделяют две части: ободочную и прямую кишки.

Ободочная кишка носит такое название потому, что она, как ободом, окаймляет брюшную полость, располагаясь по ее периферии. Длина ее 1,5—1,75 метра. В ободочной кишке различают несколько отделов: слепая кишка, восходящая ободочная кишка, правый изгиб, поперечная ободочная кишка, левый изгиб, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная ободочная кишка (рис. 1).

Поперечная ободочная и сигмовидная кишки имеют брыжейки, на которых они висят и которыми прикреплены к задней стенке живота. Поэтому им свойственна некоторая подвижность, смещаемость. Подвижной может быть также и слепая кишка. Эти отделы ободочной кишки располагаются в брюшной полости и со всех сторон покрыты специальной оболочкой — брюшиной.

Другие отделы ободочной кишки в нормальных условиях фиксированы на задней стенке живота и покрыты брюшиной только по передней полуокружности.

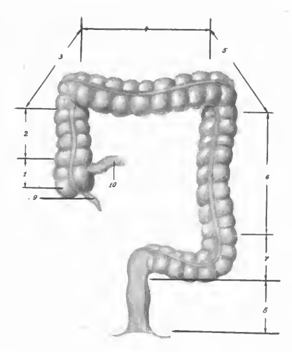


Рис. 1. Отделы толстой кишки (схема): *1* — слепая кишка; *2* — восходящая ободочная кишка; *3* — правый изгиб ободочной кишки; *4* — поперечная ободочная кишка; *5* — левый изгиб ободочной кишки; *6* — нисходящая ободочная кишка; *7* — сигмовидная ободочная кишка; *8* — прямая кишка; *9* — червеобразный отросток; *10* — тонкая кишка

Диаметр различных отделов толстой кишки неодинаков. В слепой кишке и восходящем отделе он достигает 7—8 сантиметров, а в сигмовидной — всего 3—4 сантиметра. Вокруг кишки имеется много связок и других образований, удерживающих ее в определенном положении. От слепой кишки отходит червеобразный отросток (аппендикс), приносящий порой так много страданий человеку.

Стенка ободочной кишки состоит из четырех слоев. Изнутри кишка покрыта слизистой оболочкой, которая имеет много складок, способствующих переваривании и всасыванию питательных веществ. Она вырабатывает и выделяет слизь, которая сама уже защищает стенку кишки и способствует продвижению ее содержимого.

Под слизистой оболочкой расположен слой жировой клетчатки (подслизистая оболочка), в которой проходят кровеносные и лимфатические сосуды.

Дальше кнаружи находится мышечная оболочка ободочной кишки. Эта оболочка состоит из двух слоев: внутреннего циркулярного и наружного продольного. Оба мышечных слоя выполняют важную функцию, способствуя перемешиванию и продвижению кишечного содержимого по направлению к прямой кишке.

Самым наружным слоем стенки кишки является серозная оболочка, покрывающая или всю кишку, или только ее переднюю полуокружность. Толщина стенки ободочной кишки в различных ее отделах неодинакова, в правой половине она составляет всего 1—2 миллиметра, а в сигмовидной кишке — 5 миллиметров.

Прямая кишка является конечным отделом толстой кишки и имеет длину 15—20 сантиметров. Свое название она получила потому, что у новорожденных действительно имеет прямое направление, но позже, как только человек начинает ходить, появляются боковые и передне-задние изгибы. В прямой кишке различают три отдела: промежностный (он также называется задним проходом, анальным каналом, анусом), ампулярный и надампулярный (рис. 2).

Промежностный отдел прямой кишки имеет наиболее сложное строение, и именно здесь возникают беспокоящие больных геморрой, трещины, зуд, свищи и др. Высота этого отдела составляет 2,5—3,5 сантиметра. В пассивном состоянии анальный канал закрыт вследствие сокращения окружающих мышц, внутреннего и наружного мышечных сфинктеров, или жомов.

При пальцевом исследовании прямой кишки врач определяет тонус сфинктеров и состояние их верхнего края. Здесь находятся сплетения прямокишечных вен, которые могут составлять основу внутренних геморроидальных узлов при геморрое. По краю наружного отверстия заднего прохода способны образовываться наружные геморроидальные узлы.

Выше анального канала располагается ампулярный отдел (ампула) прямой кишки. Он имеет длину 9—12 сантиметров, наибольший диаметр ампулы составляет 8—9 сантиметров, но она может растягиваться до диаметра 15—17 сантиметров. В ампуле скапливается каловое содержимое. На ее слизистой обо-

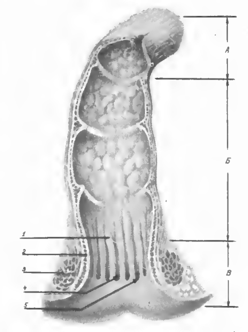


Рис. 2. Строенне прямой кншкн (схема): *А* — надампулярный отдел; *Б* — ампула прямой кншкн; *В* — промежностный отдел; *1* — анальные столбнкн; *2* — внутреннні сфннктер; *3* — наружный сфннктер; *4* — анальные сннусы; *5* — анальные заслонкн

лочке нмеется много продольных н трн поперечные складкн. Продольные складкн в инжием отделе образуют так иазываемые анальные столбнкн, между которыми располагаются заслонкн нз слнзнстой оболочки.

За указаннымн заслоикамн находятся анальные пазухн, или сниусы. Это очеиь важиые образования. Имеиио в иих скаплнвается твердый кал, который при запорах и чрезмерном натужнваннн во время акта дефекацнн может травмнровать слнзнстую оболочку, что впоследствнн н приводнт к развитню воспалнтельных заболеваиий. Кроме того, в анальиых сннусах располагаются выводные протокн желез, в которые способна проннкать нnфекцня, вызывающая развнтне парапроктнта. Здесь же находятся виутреинне отверстня большинства свнщей прямой кншки.

Лнния, образованная анальными столбнкамн н сннусами, носит иазваине зубчатой лнннн, она определяется по верхиему краю мышечиых сфинктеров.

Надампулярный отдел прямой кишки длииой 2,5—4 сантиметра нмеет узкнй просвет, слизистая его состонт нз поперечных складок, выше он переходит в сигмовидиую кишку.

Прямая кишка у мужчин спередн предлежит к мочевому пузырю, семеиным пузырькам, предстательиой железе, у женщнн — к матке н к задней стеике влагалнща. Воспалнтельные процессы с этих органов могут переходнть иа прямую кишку и наоборот. Сзади прямая кншка прнлежнт к крестцу н копчнку, отделяясь от ннх слоем жнровой ткаии.

Промежиость — это часть тела, расположенная вокруг заднего прохода. На этой областн довольио часто локалнзуются заболевання, нмеющие отношеине к прямой кншке (свнщн, острые парапроктнты). Вокруг прямой кншкн иаходнтся несколько пространств, заполненных жнровой клетчаткой, в которой иередко развнваются воспалнтельиые процессы.

Фуикцнн толстой кишки миогообразны, ио средн иих можио выделнть три основные: 1) всасывательиая; 2) резервуариая; 3) эвакуаториая.

Всасываине в толстой кншке осуществляется в большом объеме. Из тонкой кншки в толстую ежедиевио проходнт около 2000 граммов пнщевой кашнцы (хнмуса), из ннх после всасывання остается 200—300 граммов кала.

Наиболее нитеисивио указаииый процесс происходит в правой половние ободочной кншкн. Здесь хорошо усванвается вода, иебольшое колнчество солей, углеводов, жнров. В левой половнне ободочиой кншкн почтн инчего ие всасывается (так же, как и в прямой кншке), но не потому, что слнзистая оболочка кншкн не способиа к этому, а потому, что уже нечего всасывать. Еслн в прямую нли сигмовндиую кишку влить воду, то она будет усванваться. На этом осиоваио прнмеиенне пнтательиых клнзм.

Резервуариая функцня толстой кншки состонт в накаплнваннн и удержаннн каловых масс до выведеиня их иаружу. Эта функцня принадлежит левой половние ободочиой кншки н прямой кншке. Прн запорах кал скапливается н в вышерасположеиных отделах толстой кишкн. Накопление кала в прямой кишке прнводит к ощущеиню переполиеиня н рефлекториому позыву иа стул.

Эвакуация содержимого из толстой кишки осуществляется вследствие последовательного сокращения мышц стенки кишки. Эти сокращения приводят к разнообразным движениям как стенки, так и самой кишки, в результате которых каловое содержимое перемещается из верхних в нижние отделы толстой кишки. Сокращения стенки кишки с перемещениями некоторых ее сегментов называются перистальтикой. В толстой кишке могут быть и антиперистальтические волны, которые способствуют перемешиванию содержимого и всасыванию жидкости.

Каловые массы передвигаются по толстой кишке медленно. Так, если кишечное содержимое проходит по тонкой кишке (5 метров) за 4—5 часов, то по толстой (2 метра) — за 12—18 часов, то есть почти в 6—9 раз медленнее.

Акт дефекации имеет очень сложный физиологический механизм. Основной изгоняющей силой является сокращение мышц стенки прямой кишки, а вспомогательными силами — брюшная стенка, диафрагма и мышца, при сокращении которой подтягивается задний проход. Все указанные мышцы должны сокращаться одновременно с расслаблением сфинктеров заднего прохода. При нарушении координации между этими действиями развиваются запоры или, наоборот, недержание содержимого толстой кишки.

Кроме упомянутых основных функций, толстая кишка обладает способностью выделять в просвет пищеварительные соки с небольшим количеством ферментов. Из крови в просвет кишки могут выделяться соли, алкоголь и другие вещества, которые иногда вызывают раздражение слизистой оболочки и развитие таких болезней, как проктит, проктосигмоидит. Таков же механизм раздражающего действия на слизистую оболочку толстой кишки острой и соленой пищи.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Не открыв врачу болезни, разве можно исцелиться?

Ш. Руставели

Трудности диагностики заболеваний толстой кишки зависят от многих причин, в том числе обусловлены и локализацией болезни. Так, поражения ободочной кишки диагностируются труднее, чем прямой кишки.

Диагностический процесс врач начинает с расспроса больного (сбор анамнеза заболевания). Анамнез может дать много необходимых сведений, и поэтому, чем больше больной сообщит врачу о своем заболевании, тем быстрее и правильнее будет поставлен диагноз. Это обязывает больного готовиться к встрече с врачом, подготовить ответы на все возможные вопросы, касающиеся его болезни.

Заболевания толстой кишки проявляются группой специфических признаков, о которых и следует рассказать врачу. Наиболее частым симптомом многих заболеваний толстой кишки являются боли в животе. Врачу следует сообщить характер болей, которые могут быть тупыми, ноющими, режущими, схваткообразными. Допустимы и другие определения. Главное — надо более точно указать локализацию болей. При заболеваниях ободочной кишки боли могут располагаться в подвздошных областях слева или справа, внизу живота, около пупка.

Важно знать, куда иррадиируют (отдают) боли — в поясницу слева или справа, в низ живота, в мошонку (у мужчин) или в половые губы (у женщин), в прямую кишку. Боли могут иррадиировать и кверху, под лопатку. Требуется установить зависимость появления болей от стула — усиливаются ли они после стула или при длительной задержке акта дефекации.

Второй важный симптом — нарушение функции кишечника, что может проявляться запорами, поносами или ложными позывами на стул (тенезмы). При наличии запоров больной должен сообщить врачу, по скольку дней у него не бывает стула, появляется ли он после приема слабительных или после клизмы,

следует указать, какие слабнтельные прнннмает и как онн помогают.

Врача также интересует, сопровождается ли задержка стула вздутием жнвота, болями в жнвоте нли другимн снмптомамн, проходят лн этн прнзнакн после акта дефекации.

Прн поносах важно знать характер стула, как часто он бывает, может лн больной удержать кал, какнми другими призиакамн болезни сопровождаются поиосы (боли и вздутне жнвота, повышенне температуры, тошнота, рвота).

Частым снмптомом заболеваний толстой кншки является иалнчне патологических выделеннй из прямой кишки. У здоровых людей стул оформлеиный, мягкой консистеиции, коричиевого цвета, без примесей.

Прн заболеваиих толстой кишкн нередко появляются патологнческие примесн — кровь, слнзь н реже гиой.

Больной должен проследить и затем сообщнть врачу, какая кровь выделяется из прямой кншки по цвету (алая, темная, красная, внщиевого цвета), вытекает оиа капелькамн, струйкой нли в внде прожилок на кале, с какой стороиы выделяется кровь (справа, слева), прнблизительно оценить количество теряемой крови. Впрочем, врачи отмечают, что больиые преувеличнвают колнчество выделяемой нз прямой кншки крови.

Очеиь важио отметить, появляется лн кровь до или после акта дефекацин, бывает лн кровотечеиие вие завнснмости от стула. Такие же важиые данные больиой может сообщнть о выделеиин слизн, гиоя.

При заболеваннях прямой кишкн, помимо указаииых выше сведеннй, требуется указать на характер и локалнзацню болей в области заднего прохода, копчика, крестца, завнснмость этнх болей от стула. Больиой может отметнть чувство неудовлетвореииостн актом дефекации, ощущеине ннородного тела в прямой кишке. Этн и другне сведення в отношенин своего заболевания больной должен анализировать, снстематизировать н сообщать лечащему врачу.

Помнмо исторнн заболевання, врача интересуют иекоторые сведення из жизин больиого. Важное зиаченне нмеет иаследствеиный фактор, причина смертн роднтелей, блнжайших родственннков, какнмн заболеваннямн онн болелн. Дело в том, что есть болезнн, которые передаются по наследству, напрнмер семейный диффузный полнпоз, гемангноматоз н др.

Особенностн развитня больного в детстве, условня его жнзни, перенесенные заболевання — все это может помочь в распознаваннн новой болезнн. Налнчие у больного в детстве аномалий, даже лнквндированных впоследствнн (например, атрезия заднего прохода), свидетельствует обычно о возможностн другнх аиомалий, в том числе строения н расположеиия кншечннка.

После подробиого расспроса врач переходнт к осмотру больиого. Независимо от локалнзацни болезнн обследоваине каждого больного начнается с общего осмотра. Последовательно обследуются сердечно-сосудистая снстема, органы дыхаиня, пнщеварення. Последиие особенно важно тщательно обследовать прн заболеваниях толстой кншкн.

Осмотр живота включает в себя поверхностную н глубокую пальпацию (прощупываиие), перкуссню (простуквание), аускультацню (выслушнванне) н другие методикн. Обследованне пронзводится в положеннн больного лежа на спние, на боку, стоя, а нногда и в колеино-локтевом положеннн.

Специальиый осмотр больных с подозреннем на заболеванне толстой кншкн начнается с обследоваиия областн заднего прохода. Осмотр промежностн н заднего прохода пронзводнтся обычно в коленно-локтевом положеннн больиого н при хорошем освещенни этой областн. Уже при таком осмотре можно выявить большую группу заболеваний в окружностн заднего прохода: острый парапроктнт, свищн прямой кншки, кондндломы, эпителнальиые ходы, кнсты н др.

Анальный канал и нижнюю часть ампулы прямой кншкн врач может осмотреть с помощью ректального зеркала. Последиее предварнтельно хорошо смазывается вазелнном н вводнтся в прямую кншку в сложенном состояннн. Раскрытие браниш зеркала производнтся медленно, плавио, чтобы не вызвать болезненностн. Осмотр через ректальное зеркало помогает обнаружнть геморрой, анальную трещнну, внутреннее отверстне

свища прямой кишки, новообразования и другие болезни прямой кишки.

Когда возникает потребность в осмотре толстой кишки на большем протяжении, используют ректоскоп. Этот инструмент состоит из трех основных частей: тубуса, обтуратора и оптики. Смотровые тубусы имеют длину 20, 25 и 30 сантиметров — именно на таком протяжении можно осмотреть толстую кишку. Проведение ректоскопа вызывает некоторые неудобства для больного, а иногда (особенно при воспалительных процессах) болезненность, в связи с чем инструмент должен быть хорошо смазан вазелином. При исследовании больной принимает коленно-локтевое положение или лежит на левом боку.

Для осмотра всей толстой кишки применяют гибкие эндоскопы с волоконной оптикой — фиброколоноскопы (рис. 3). Они имеют различную длину, наиболее короткие из них (длиной 85 и 120 сантиметров) предназначены для осмотра сигмовидной кишки и называются сигмоскопами.

Практически все заболевания толстой кишки можно распознать при фиброколоноскопии, однако очень много зависит от качества подготовки кишки к исследованию.

В домашних условиях в целях такой подготовки больному ставят очистительную клизму накануне вечером и две такие же клизмы с интервалом в 30—40 минут утром в день исследования, но не раньше чем за 2 часа до осмотра кишки.

В процессе осмотра в целях уточнения диагностики иногда приходится отмывать отдельные участки толстой кишки. При выявлении патологических изменений врач обязательно берет кусочек ткани из пораженного участка, который направляет на исследование. В некоторых высококвалифицированных специализированных учреждениях через колоноскоп производят еще и осмотр конечного отдела тонкой кишки.

Высокоинформативным методом диагностики является рентгенологическое исследование толстой кишки. Оно начинается с обзорного осмотра брюшной полости. Уже при этом можно отметить раздутые петли толстой кишки, скопления в ней воздуха и жидкости, проследить положение толстой кишки.

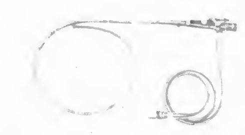


Рис. 3. Фиброколоноскоп

Рис. 4. Толстая кишка, заполненная барием

Более эффективным является исследование с помощью контрастного вещества, в качестве которого чаще всего используют сульфат бария. Существуют две методики введения контрастного вещества в толстую кишку. Одна из них состоит в приеме бария через рот с последующим наблюдением за прохождением его по кишечнику. У здоровых людей барий, принятый через рот, доходит до слепой кишки через 4—5 часов и проходит по толстой кишке в течение 12—18 часов.

Вторая методика заключается во введении контрастного вещества в прямую кишку через клизму (рис. 4). Больной при этом лежит на рентгенологическом столе, а врач следит за продви-

жением по его толстой кишке контрастного вещества (сульфата бария).

Затем больного просят сходить в туалет, опорожнить кишечник и продолжают исследование. По остаткам бария изучают более мелкие изменения слизистой оболочки кишки. После этого через резиновый катетер вводят в прямую кишку воздух и теперь уже изучают кишку, контрастированную остатками бария и воздухом (метод двойного контрастирования). Существует несколько способов исследования толстой кишки, отличающихся друг от друга скоростью и количеством вводимого контрастного вещества.

Описанные эндоскопические и рентгенологические способы исследования толстой кишки являются в диагностике основными, они позволяют выявить абсолютное большинство копрологических заболеваний.

Кроме них, применяют несколько специальных методик, с помощью которых уточняют расположение и распространение патологического очага. К ним относятся ангиография, лимфография, париетография, фистулография. Они выполняются в стационарах и только по особым показаниям.

Ангиография — метод, при котором контрастное вещество вводят в сосудистое русло (чаще в артерии) и затем делают рентгеновские снимки. При этом бывает хорошо видно строение сосудов толстой кишки, их выраженность, участки с неразвитой сосудистой сетью. Опираясь на эти и другие признаки, хирург более правильно выбирает способ операции. В некоторых случаях ангиография помогает распознать и определить локализацию источника кровотечения (рис. 5).

Лимфография — метод изучения лимфатических сосудов. При этом контрастное вещество (йодлипол и др.) вводят в лимфатические сосуды стопы и по рентгеновским снимкам следят за его продвижением. Большую информацию о толстой кишке врач получает, наблюдая за продвижением контрастного вещества по лимфатическим сосудам таза, а также забрюшинного пространства. Однако этот метод трудоемок и применяется редко.

Париетография — метод, при котором

Рис. 5. Ангиография сосудов сигмовидной и прямой кишок

рентгеновские снимки делают после введения воздуха в толстую кишку и в окружающие органы и ткани (в параректальную клетчатку, мочевой пузырь). Дело в том, что на фоне воздуха легче увидеть патологические образования в толстой кишке.

Кроме упомянутых методов, применяют еще исследования с помощью ультразвука, радиоактивных изотопов. Ультразвуковое исследование основано на способности звуковых волн по-разному отражаться от тканей и органов различной плотности.

Указанный метод совершенно безвредный, неопасный, он может помочь в определении свободной жидкости в брюшной полости, ограниченных гнойников и других патологических образований. Обладая достаточно высокой диагностической информативностью при изучении различных других органов, ультразвуковое исследование толстой кишки не является основным.

Радиоизотопный метод исследования заключается во введении в кровь радиоактивных препаратов и наблюдении за их распределением в различных органах и тканях. Изотопы могут попасть в тот или иной орган только по сосудистому руслу, поэтому чем лучше кровоснабжение, тем больше попадает туда радиоактивного вещества, которое опреде-

ляется специальными стационарными или переносными счетчиками (гамма-камера, гамма-локализатор).

Таким образом, многочисленные методы исследования в большинстве случаев позволяют правильно и своевременно распознавать болезни толстой кишки. Однако это возможно при одном условии — если больной обращается к врачу в ранние сроки заболевания. Ведь бессимптомно протекающих болезней толстой кишки практически нет. Лишь некоторые патологические процессы могут какое-то непродолжительное время не иметь внешних проявлений (полипы, сосудистые эктазии), но это длится недолго.

С появлением любых признаков заболевания каждый человек обязан обратиться в лечебное учреждение. Это требование резонно, врач больше знает о болезнях, способен распознать заболевание и своевременно начать правильное лечение. Поэтому следует доверять врачу. Однако можно отметить много случаев, когда по разным причинам больные долгое время избегали копролога.

Особенно опасно такое позднее обращение при онкологических заболеваниях, большинство которых протекает под маской обычных «безобидных» заболеваний толстой кишки. Несомненно, чем больше людей будет знать хотя бы самые яркие, заметные признаки болезней толстой кишки, тем быстрее они обратятся за медицинской помощью. Этому, очевидно, будет способствовать и краткое описание клинической картины некоторых наиболее широко распространенных проктологических заболеваний.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Существуют тысячи болезней, но здоровье только одно.

Л. Бернес

Принятая у нас в стране номенклатура болезней прямой и ободочной кишок включает в себя более 40 названий. Некоторыми из этих болезней занимаются терапевты, гастроэнтерологи, инфекционисты, но большинство относится к заболеваниям хирургического профиля, и больные, страдающие указанными болезнями, должны лечиться у проктологов.

В структуре заболеваний толстой кишки преобладает геморрой, который встречается у 60—70 % больных проктологического профиля, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику. На втором месте по частоте стоят анальные трещины (9 %), затем проктосигмоидиты, парапроктиты.

Структура проктологических больных, находившихся на стационарном лечении, несколько иная. Большую часть составляют больные с острым паропроктитом и свищами прямой кишки (20 % от всех больных проктологического профиля) и геморроем (19 %), реже встречаются больные с эпителиальными копчиковыми ходами (14 %), со злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишок (14 %), хроническими колитами и проктоколитами (11 %), доброкачественными опухолями (8—9 %), с анальными трещинами (5 %) и другими заболеваниями.

Воспалительные заболевания толстой кишки

Одно из условий выздоровления — желание выздороветь.

Сенека

В эту группу входит несколько заболеваний, общим признаком которых является наличие воспалительного процесса в стенке кишки. Наиболее широкое распространение среди них имеют проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит и гранулематозный колит (болезнь Крона).

Проктосигмоидит — это заболевание, при котором воспалительный процесс поражает слизистую оболочку прямой и сигмовидной кишок. Проктосигмоидит чаще всего является местным проявлением воспалительного заболевания всей толстой кишки (колит). В редких случаях воспалительный процесс захватывает только прямую кишку (проктит) и еще реже одну сигмовидную кишку (сигмоидит).

Причинами возникновения проктосигмоидита могут быть: механическое раздражение слизистой оболочки, травма ее плотным калом, наличие паразитов и др. Однако наиболее часто проктосигмоидит

возникает после приема большого количества острой раздражающей пищи и алкоголя.

Это заболевание легче развивается у ранее переболевших желудочно-кишечными болезнями, в частности дизентерией. Способствующими факторами могут явиться также имеющиеся заболевания других отделов пищеварительного тракта, особенно гастрит с пониженной кислотностью, болезни печени, а также почек.

Проктосигмоидит относится к наиболее распространенным видам колитов и протекает в острой или хронической форме.

Хронический проктосигмоидит не тяжелое, но тягостное заболевание. Оно проявляется болями внизу живота, больше с левой стороны. Эти боли ноющие, тянущие, иногда усиливаются после акта дефекации, отдают в задний проход. При преобладании воспалительного процесса в прямой кишке боли локализуются в области крестца, копчика.

Симптомами проктосигмоидита являются частые позывы на стул, тенезмы, остающееся после акта дефекации чувство неудовлетворенности, неполного опорожнения прямой кишки, ощущение инородного тела в заднем проходе. В кале довольно часто отмечается примесь слизи, кровь бывает редко.

Исследование у больного прямой кишки, даже пальцевое, резко болезненно, поэтому в период обострения врачи производят его крайне редко. Хроническая форма проктосигмоидита характеризуется незначительной выраженностью симптомов, а иногда наступает и более или менее длительный период ремиссии. Однако при нарушении диеты, приеме острой пищи и особенно алкоголя быстро развивается обострение воспалительного процесса.

Острый проктосигмоидит протекает значительно тяжелее. Он проявляется такими общими признаками, как повышение температуры, ознобы. Появляются сильные режущие боли в животе, больше слева внизу, частые ложные позывы на стул. При этом может выделяться небольшое количество слизи, иногда с примесью крови. Выраженный воспалительный процесс в прямой кишке приводит к спазму сфинктера и резким болям в области заднего прохода.

Лечение проктосигмоидита заключается прежде всего в исключении острой, раздражающей пищи и алкогольных напитков. В период обострения пища должна быть щадящей, легкоусвояемой. В рацион питания врачи разрешают включать нежирный мясной или куриный бульон, протертый овощной суп, белковый омлет, жидкую манную или рисовую кашу на воде, паровые мясные или куриные котлеты, творог, печеные яблоки.

Местное лечение проводят с помощью лечебных клизм с рыбьим жиром, шиповниковым или облепиховым маслом. Эти препараты чередуют с такими антисептиками, как настой ромашки, раствор колларгола. Врачи предписывают больным энтеросептол, метронидазол.

Особая форма воспалительного процесса толстой кишки — **неспецифический язвенный колит**, который относится к тяжелым заболеваниям. Его этиология остается неясной. Интерес к неспецифическому язвенному колиту в последние годы значительно возрос в связи с увеличением его частоты. По данным Института проктологии Министерства здравоохранения РСФСР, в Москве на 10 000 взрослого населения 7 страдают этой болезнью, а среди госпитализированных больных она имеется у 7 из 1000.

Неспецифический язвенный колит одинаково часто встречается среди мужчин и женщин, поражая в основном людей молодого возраста. Начало заболевания в большинстве случаев отмечается в возрасте 10—30 лет, но так как его течение рецидивирующее, то последующие обострения могут быть и в более пожилом возрасте.

Суть неспецифического язвенного колита состоит в развитии воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки, образовании на ней язв, иногда больших — целых язвенных полей. Заболевание начинается с прямой кишки и распространяется кверху, постепенно захватывая сигмовидную кишку, а затем левую половину ободочной кишки. В редких случаях может быть поражена вся толстая кишка.

Основными признаками неспецифиче-

ского язвенного колита являются боли в животе, иногда приступообразные, частый, до 20—30 раз в сутки стул, выделения крови и слизи из прямой кишки. В периоды выраженного обострения болезни появляются высокая температура, изменения в крови, развиваются осложнения.

Осложнения при неспецифическом язвенном колите встречаются у 60—75 % больных. Это надо знать, чтобы не запускать болезнь, не доводить до осложнений, вовремя обращаться к врачу.

Развивающиеся при болезни осложнения делятся на местные и общие. К первым относятся прободение стенки кишки, острое расширение (дилатация) пораженного сегмента, массивное кишечное кровотечение и развитие злокачественной опухоли.

Среди общих осложнений следует отметить различные патологические изменения кожи, воспаление слизистой полости рта (стоматиты), поражение слизистой глаз (конъюнктивиты), воспаление суставов (артриты), заболевания печени. Эти осложнения обостряются в период ухудшения течения основного заболевания и поэтому также могут быть предупреждены.

Гранулематозный колит, или болезнь Крона, относится к воспалительным заболеваниям, но в отличие от неспецифического язвенного колита при болезни Крона воспалительный процесс развивается в подслизистом слое и позже распространяется на все слои кишечной стенки. Поражение, как правило, начинается с подвздошной кишки, восходящего отдела ободочной или реже с прямой кишки.

Клинически при болезни Крона наблюдаются боли в животе, чаще в правой половине, поносы, а при поражении прямой кишки — тенезмы. Эти основные признаки (боли и поносы) наиболее выражены в период обострения заболевания, но они продолжают беспокоить больного и при стихании воспалительного процесса. Развившиеся осложнения характеризуются повышением температуры, тошнотой, рвотой, похуданием и другими симптомами общей интоксикации.

Лечение неосложненных форм неспецифического язвенного колита и гранулематозного колита должно быть консервативным. Принципиальной разницы в терапии этих заболеваний нет. Прежде всего применяется группа лекарств, основное действие которых направлено против воспаления. К ним относятся гормоны преднизолон, гидрокортизон, АКТГ и др. Они могут вводиться в организм больного через рот, путем внутримышечной инъекции, а также в прямую кишку через лекарственную клизму.

При выраженном поносе применяют антидиарейные средства. В отношении применения антибиотиков надо быть очень осторожным, ибо они могут помочь только в случае развития осложнений. При неосложненных формах неспецифического язвенного колита и болезни Крона применение антибиотиков не требуется.

При указанных заболеваниях очень важно соблюдать правильную диету. Прежде всего надо исключить острую грубую пищу, особенно в период обострения заболевания. Прием пищи должен быть частым, 7—8 раз в сутки, и небольшими порциями. Молоко и молочные продукты многими больными не переносятся и поэтому должны быть исключены из рациона.

Следует еще раз напомнить, что назначение медикаментов, выбор их дозы, пути введения делает врач. Самолечение при таких серьезных заболеваниях проводиться не должно.

Безуспешность консервативного лечения и развитие некоторых осложнений, таких, как прободение язвы кишки, неразрешимое растяжение (дилатация) толстой кишки, неостанавливаемое массивное кровотечение, являются показанием к оперативному лечению. Выбор метода операции зависит от многих факторов и производится врачом-хирургом.

Здесь хочется еще раз подчеркнуть, что раннее начало медикаментозного лечения, а это зависит от своевременного обращения больного к врачу, оказывается более эффективным, оно предупреждает развитие осложнений и избавляет больных от хирургических вмешательств.

Дивертикулез толстой кишки

Это заболевание состоит в образовании выпячиваний слизистой оболочки через щели в мышечном слое стенки толстой

кишки. Выпячивания слизистой оболочки могут доходить до серозной оболочки, но чаще они вместе с серозной выступают над стенкой кишки и образуют дивертикул. Щели в мышечном слое появляются в тех местах, где через стенку кишки проходят сосуды или жировая ткань. Иногда дивертикулы выходят в жировые подвески, расположенные на толстой кишке.

Дивертикулез относится к заболеваниям, частота которых, как, впрочем, и многих других заболеваний толстой кишки, в последние годы увеличивается. В Советском Союзе дивертикулез толстой кишки встречается у 2—3 человек на 100 000 населения. Наиболее часто это заболевание выявляется в Прибалтике: в Риге — у 17,7 человека, в Таллине — у 6,1 из 100 000 жителей (Милитарев Ю. М. и др., 1979).

По нашим данным, при рентгенологическом обследовании толстой кишки дивертикулез выявлен у 6 %, а при фиброколоноскопии — у 6,2 % обследованных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто поражается левая половина толстой кишки.

Дивертикулез не имеет характерных симптомов. Небольшие боли в животе, чаще в левом нижнем квадрате его, умеренное вздутие, запоры — все это объясняется нарушением моторной функции толстой кишки, сопутствующим колитом. При обследовании толстой кишки у людей с этими жалобами врачи находят дивертикулы.

Более выраженные признаки наблюдаются при развитии воспалительного процесса — **дивертикулита.** Он может начинаться остро или протекать хронически. При остром дивертикулите появляются сильные боли в левой подвздошной области. Они постоянные, усиливаются при ходьбе, движениях, характеризуются подчас как левосторонний аппендицит. Больных беспокоит также вздутие живота (метеоризм), которое иногда становится основной жалобой. Под влиянием лечения острое воспаление купируется и тогда заболевание переходит в хроническую стадию с умеренными непостоянными болями в животе.

При дивертикулите могут быть осложнения, такие, как прободение в брюшную полость, образование гнойников; они проявляются сильными болями в животе, напряжением брюшной стенки, повышением температуры. Дивертикулит может осложниться и обильным кровотечением из прямой кишки. Появление каждого из указанных симптомов служит обязательным показанием для обращения больного к врачу.

Дивертикулез толстой кишки часто сочетается с дивертикулами в других отделах пищеварительного тракта — в двенадцатиперстной кишке, пищеводе, тонкой кишке. Кроме того, при этом заболевании могут наблюдаться язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, полипы кишечника. И в самой толстой кишке, помимо дивертикулов, часто встречаются воспаления стенки кишки, язвы, полипы.

Лечение больных дивертикулезом может быть медикаментозным и оперативным. Однако надо четко знать, что все случаи острого и осложненного дивертикулита надо лечить в стационарных условиях.

Бессимптомно протекающий дивертикулез толстой кишки не требует специального лечения. Такие больные нуждаются в профилактических мероприятиях, направленных против запоров.

Лечение больных с хроническим дивертикулитом можно проводить в амбулаторных условиях, но под контролем врача, который в таком случае позаботится прежде всего об отрегулировании стула. Дивертикулярная болезнь, как правило, сопровождается задержкой стула, и чем выраженнее воспаление, тем более длительными и упорными становятся запоры.

Уменьшить их или совсем ликвидировать запоры помогает рационально организованная диета. Прием пшеничных отрубей, превалирование в рационе продуктов с большой массой растительной клетчатки, налаживание режима питания — уже эти меры могут улучшить функцию кишечника.

Важной задачей является снятие спазма кишки, что достигается применением тепла на живот (грелка) и некоторых лекарственных препаратов, назначенных врачом (но-шпа, платифиллин).

Для уменьшения воспалительных яв-

лений в толстой кишке врачи назначают различные антисептические препараты, в том числе в виде лекарственных клизм. Помогают этим больным и обезболивающие средства, которые, помимо улучшения общего состояния, снижают спазм стенки толстой кишки.

Наконец, целесообразно назначение препаратов, регулирующих количественный и качественный состав микробов в кишечнике.

Сочетание всех этих медикаментозных средств у большинства больных оказывает положительный эффект, снижает воспаление, боли, улучшает общее состояние больного. Некоторые из таких препаратов больным приходится принимать длительное время (против запоров, регулирование микрофлоры кишечника), другие показаны только в период обострения.

Решить, когда, что и как долго применять, может только врач. Поэтому все лечение должно проходить под его контролем. При развитии осложнений и длительном безуспешном консервативном лечении больных направляют на хирургическое лечение.

Выпадение прямой кишки

Это заболевание заключается в выпадении через задний проход всех слоев прямой кишки. Протяженность выпадающей части может быть различной: от 2 до 20 сантиметров, а иногда и больше.

Среди стационарных больных хирургического профиля больные с выпадением прямой кишки составляют 1 %. Выпадение чаще начинается в детском возрасте. Правда, не все родители приводят таких детей к врачу. Иногда они годами ждут, что заболевание само пройдет, или применяют какие-то домашние средства. И только уже во взрослом состоянии, когда выпадение становится большим, больные обращаются за медицинской помощью.

По данным многих проктологов, в том числе и основателя проктологической школы в нашей стране профессора А. М. Аминева, первые признаки выпадения прямой кишки у большинства больных (83,6 %) были замечены в возрасте до 3 лет. Это объясняется тем, что в раннем детском возрасте часто возникают самые различные болезни желудочно-кишечного тракта, которые способствуют выпадению прямой кишки.

Среди больных, поступающих на лечение к проктологам, 70—75 % относится к самому трудоспособному возрасту — от 20 до 50 лет. Выпадение прямой кишки чаще встречается у мужчин, чем у женщин (70 % и 30 %), причем такое различие наблюдается в любых возрастных группах населения. Это объясняется многими факторами, в том числе тяжелой физической работой, которую чаще выполняют мужчины, и наличием у женщин органов малого таза (матка, ее придатки). Последние при повышении внутрибрюшного давления берут на себя основную часть нагрузки и защищают переднюю стенку прямой кишки, где, как правило, и начинается процесс ее выпадения.

Различают две группы причин, способствующих выпадению прямой кишки: предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим факторам относятся врожденные аномалии развития организма, в том числе и те, которые отражаются на анатомическом строении костей таза, форме и длине прямой и сигмовидной кишок. Отрицательную роль могут сыграть и патологические изменения в мышцах таза.

Особое значение имеет строение крестца и копчика, которые в нормальных условиях образуют собой изгиб, обращенный вогнутостью кпереди. Прямая кишка лежит на такой вогнутости. Если же кривизна слабо выражена или отсутствует совсем, как это часто бывает у детей, то прямая кишка как бы скользит без задержки по костям книзу, что и приводит к ее выпадению.

Важным фактором является большая против нормы длина сигмовидной кишки и ее брыжейки. Установлено, что у больных с выпадением прямой кишки длина сигмы почти на 15 сантиметров, а высота ее брыжейки на 6 сантиметров больше, чем у больных без выпадения. Одной из причин выпадения прямой кишки считается слабость мышц тазового дна и запирательного жома заднего прохода.

Среди производящих факторов, непосредственно вызывающих выпадение прямой кишки, первое место занимает

тяжелая физическая нагрузка, особенно у людей молодого возраста. Выпадение происходит одинаково часто как при однократном чрезмерном внезапном физическом усилии (чаще всего поднятие тяжести), так и при постоянной тяжелой работе, когда повышается внутрибрюшное давление.

Так, один наш больной, 28 лет, во время ремонта автомашины в течение короткого времени удерживал двигатель и в этот момент почувствовал резкие боли в области заднего прохода. После короткого отдыха резкие боли прошли, но осталось что-то «мешающее», и он заметил кровянистые выделения из прямой кишки. На второй день врач поликлиники установил у него выпадение прямой кишки.

Второй больной, 45 лет, долгое время работал на лесозаготовках, где часто приходилось поднимать большие бревна. Уже тогда он начал отмечать боли внизу живота и чувство инородного тела в области заднего прохода. Позже во время акта дефекации у него появилось выпадение прямой кишки вначале небольших размеров, а в последнее время — на 10—12 сантиметров. С этими явлениями больной и обратился к нам.

Выпадение прямой кишки в некоторых случаях может наступить сразу после травмы, например падения с высоты на ягодицы, во время приземления с парашютом, сильного удара по крестцово-копчиковой области.

Заболевания других органов и систем, особенно желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся напряжением брюшной стенки, и дыхательной системы, безудержным кашлем, могут быть провоцирующими моментами, особенно у детей. Такие заболевания, как воспаление легких, бронхит, коклюш, инфекционные болезни, поносы, довольно часто приводят к выпадению прямой кишки у детей. При этом выпадение может возникнуть как в период заболевания, так и вскоре после излечения его.

Полипы и другие опухоли прямой кишки, некоторые заболевания мочеполовой системы, в частности камни мочевого пузыря, аденома предстательной железы, фимоз и др., затрудняющие нормальное мочеиспускание, могут способствовать выпадению прямой кишки.

Клиническая картина выпадения прямой кишки довольно характерна и позволяет у большинства больных ставить правильный диагноз при первом обращении к врачу. Обычно сам факт выпадения прямой кишки у детей замечают родители, а поводом для осмотра служат жалобы ребенка на боли в животе или в области заднего прохода во время акта дефекации.

У взрослых выпадение прямой кишки также чаще происходит во время акта дефекации или при тяжелой физической работе. Но примерно у каждого пятого больного кишка выпадает во время незначительных нагрузок: при длительной и особенно быстрой ходьбе, а также при кашле, чихании, смехе. Это зависит от степени нарушения удерживающего аппарата прямой кишки.

Вначале обычно выпадает небольшой участок кишки и он самостоятельно вправляется после прекращения напряжения. В дальнейшем кишка выпадает и при легких нагрузках и самостоятельно не вправляется. Больной должен сам ее вправлять, после чего она удерживается на своем месте.

При нарастании слабости запирательного аппарата после вправления кишка не удерживается и постоянно находится в выпавшем состоянии. Это сопровождается болями в области заднего прохода, в пояснице, внизу живота. Довольно часто у таких больных наблюдается выделение крови из прямой кишки как при выпавшем ее состоянии, так и при вправлении.

Среди осложнений выпадения прямой кишки наиболее опасным является ее ущемление. Оно сопровождается острыми резкими болями в области заднего прохода или внизу живота. В таком случае вправлявшаяся ранее самостоятельно, а также с помощью врача кишка не поддается вправлению, остается снаружи.

В начальных стадиях выпавшая кишка вправляется самостоятельно после прекращения физического напряжения. Иногда больным бывает достаточно волевым усилием добиться периодических сокращений мышц заднего прохода и активного втягивания прямой кишки. Изредка такое вправление удается

сделать только в колеино-локтевом положенин при глубоком вдохе. Некоторые больные вправляют кишку, сжимая двумя руками ягоднчиые области. Положенне иа животе с приподиятым тазом также способствует устраиению выпадеиия. Все эти приемы при повторных выпадениях кишки больиой может делать сам.

В острых случаях при первичиом выпадении н когда ие удается вправить вторичио выпавшую кишку без особых усилий, иадо обратиться к врачу.

Ни в коем случае иельзя даже пытаться самому вправлять ущемлеиную выпавшую кишку. Все больные, у которых удается вправлять кишку, должиы находиться под наблюдеием врача. Неудобства, связанные с частым вправлеинем, нзмеиення, возиикающие со времеием в кншке, становятся в коице коицов обязательиыми показаниями к операции. Эти показання определяет врач.

Известио миого, более 200, различиых методов оперативных вмешательств, которые можно разделить на иесколько групп: выполияемые только со стороны промежности, исключнтельно со стороиы брюшной полости и комбинированные операции.

Лечебная тактнка при выпадеиин прямой кишки у детей имеет иекоторые особеиностн. Консервативиая терапня им проводнтся более настойчиво, и довольно часто оиа оказывается эффектнвной. Лечащнй врач обычио ставит перед собой задачу, н родители должиы ему в этом помочь, прежде всего вылечить ребеика от заболеваиий, способствующих выпадению прямой кншки (коклюш, броихнт, воспалеиие легкнх, запоры, понос, воспалительиые заболевания и полипы толстой кишки).

Одиовремеиио с указаниым малышу запрещается дефекация иа горшке. Именно при таком способе опорожнения прямой кишкн и происходит ее выпадеине. Рекомеидуется иесколько положений, в которых ребеиок должеи иаходиться во время акта дефекации. Основиое из инх: нахождеине иа руках матери с максимальио приведеииыми бедрами ребеика к жнвоту. Такое положеиие рекомендовал еще Гиппократ. Кроме этого, можио допускать совершеиие дефекации в положеини стоя илн лежа в постелн с прямыми или приведениымн к животу бедрамн, причем взрослые в этот момент должны сжнмать ребеику бедра н ягодицы.

Все это дополияется туалетом области задиего прохода и лечебиыми мнкроклизмами нз раствора фурацилина, энтеросептола, иастоя ромашки, шалфея, которые вводят в прямую кишку в количестве 30—50 миллилитров. В процессе лечеиия врач иазначает больиому витамииы группы В.

Еслн ребеиок страдает запорами и у иего по нескольку дией ие бывает стула, иеобходимо ежедиевно ставить очистительиые клнзмы с водой комиатиой температуры.

Предложеио большое число различных повязок, бандажей, пелотов, цель которых — препятствовать выпадеиию прямой кншкн. Оии могут примеияться в дополиение к вышеуказаииому лечеиию. Можио использовать ватио-марлевые валики, смазаииые циикювой пастой, которые укладываются между ягодиц и укрепляются повязкой или липким пластырем. Иногда помогает просто стягивание ягодичиых областей липким пластырем без прокладок. Все эти процедуры, так же как н дополиительиое медикаментозное лечеиие, должны проводиться по иазиачеиию и под коитролем врача.

Как долго можио прибегать к такому лечеиню детей? Одии хирурги рекомеидуют лечнть до выздоровлення и еще 3—6 месяцев после последиего выпадеиня прямой кншкн. Другие считают, что лечнть иадо 2—3 месяца, и если за это время ие иаступило улучшеиия, следует переходить к другим методам лечения, в частиости к ииъекционному или хирургнческому.

При инъекциониом методе лечения в клетчатку вокруг прямой кншки вводят разлнчиые вещества, которые вызывают склероз, рубцевание ткаией, и тем самым кншка удерживается в нормальиом положенни.

Безуспешиость консерватнвиого лечеиня, а также рецндивы после ииъекциоииого метода являются показаииями к оперативному лечеиню. Последиее выполияется у детей, обычио достигших 13—14 лет. В более молодом возрасте

операции производятся только в тех случаях, когда, кроме выпадения, есть другие заболевания, требующие оперативного вмешательства.

Из большого разнообразия операций врачи обычио применяют иаиболее простые, в частиости иаправлеииые на сужеиие заднего прохода. Следует помнить, что выпадеине прямой кишки — заболеваиие излечимое, если в раиние сроки обратиться к врачу и своевременио иачать леченне.

Геморрой

Геморрой отиосится к наиболее частым заболеваииям проктологического профиля. Его сущиость состоит в расширеиии сосудистых образоваиий (вен или кавериозиых сииусов) нижиего отдела прямой кишки. Само по себе расширеиие геморроидальиых вен встречается и без клинических проявлений. Так, при профилактических осмотрах геморрой выявляется у 9—14 % здоровых людей средиего возраста.

Среди проктологических заболеваний геморрой составляет около 40 %. Само слово «геморрой» в переводе с греческого озиачает «кровотечеиие», оио объясияет один из наиболее частых признаков заболеваиия — выделеиие крови.

Существует миого различиых взглядов иа развитие геморроя. Большинство учеиых считают, что для развития этого заболеваиия иеобходимо действие двух факторов. Один из иих — врождеииые дефекты строения кровеносиых сосудов малого таза, чрезмериое или иедостаточиое их развитие, что приводит к большему притоку или к затрудиеиному оттоку крови. В обоих случаях иаблюдается иабухание вен с последующим их расширением и образованием геморроидальных узлов.

Ко второму фактору развития геморроя отиосятся длительное сидячее, особеино иа мягком кресле, или стоячее положение во время работы, тяжелый физический труд, подиятие тяжестей. Эти условия способствуют застою крови в венах таза, расширению геморроидальных вен и кавериозиых тел, которые в дальиейшем превращаются в геморроидальиые узлы.

Указаниые выше способствующие факторы встречаются у людей самых различных профессий, у представителей умствениого и физического труда.

Итак, геморрой можио «иасидеть», «иаходить», «иастоять». Одиако все же чаще он поражает заиимающихся тяжелым физическим трудом. По-видимому, этот фактор является иаиболее сильиодействующим, провоцирующим образоваине геморроидальных узлов.

Значительиую роль в развитии геморроя играют хронические запоры, которые ведут к застою крови и образованию геморроидальиых узлов. Следует отметить, что связь «запоры—геморрой» имеет и обратиые отношеиия, то есть геморрой усиливает запоры. Запорами страдают 50 % больных геморроем. Особеиио часто запоры способствуют развитию геморроя у людей, которые длительио работают в положеиии сидя.

Среди факторов, провоцирующих развитие геморроя, особо следует указать иа роль алкоголя и раздражающих видов пищи. И алкоголь, и раздражающая пища, как правило, приводят к обостреиию имеющихся хроиических заболеваний желудочио-кишечного тракта, мочеполовой системы, оргаиов малого таза, а также сами по себе отрицательно действуют на веиы малого таза. После приема алкоголя и острой пищи очень часто развиваются осложнеиия геморроя в виде обостреиия, кровотечеиия, тромбоза.

Геморрой — заболеваиие длительное, хроническое. Различают две осиовные его формы — иеосложнеииый и осложнеииый геморрой. Первый иачииается обычио постепеиио с расширеиия геморроидальиых вен или увеличения размеров кавериозиых образоваиий.

Такое состояиие может продолжаться длительное время, иногда годами, оно ие проявляется клииическими признаками, ие прииосит иикаких иеудобств. Больиые даже ие знают о наличии у иих расширеиных геморроидальных вен.

Одиако со времеием указаниые вены стаиовятся извитыми, образуют коигломерат, который постепенио увеличивается, и таким образом формируются геморроидальиые узлы.

В нижней части прямой кишки имеется виутреиее и наружное геморрои-

дальное венозное сплетение, поэтому и различают внутренний, наружный и смешанный геморрой.

При внутреннем геморрое узлы образуются из венозного сплетения, расположенного по верхнему краю промежностного отдела прямой кишкн. Наружный геморрой обусловлен расширеинем сосудов венозного сплетения, которое находится по окружностн наружного отверстия анального канала. Чаще встречается смешанный геморрой, прн котором поражаются оба венозных сплетения.

Со временем при неосложненном геморрое у больных появляется вначале небольшой, а позже более ннтенсивный зуд в области заднего прохода. Затем возникают ноющне боли, несколько уснливающиеся во время и после акта дефекации.

Важным симптомом неосложненного геморроя являются патологические выделения из прямой кишки. Они, как правило, очень незначнтельные, чаще в виде только мокнутия между ягоднцамн, иногда же на белье появляется маленькое пятнышко от выделений. Эти выделения слизистые, серого цвета, изредка с примесью кровн.

Если у такого больного осмотреть задний проход, то можно увидеть наружные геморроидальные узлы. Онн небольших размеров, упругие, покрыты неизмененной кожей, но последняя ближе к отверстию заднего прохода имеет синюшный оттенок.

В глубине заднего прохода выявляются внутренние геморрондальные узлы. Они синюшного цвета, слнзнстая над нимн сморщенная, самн узлы мягкие. Для уточнения диагноза врач проводнт пальцевое исследование прямой кншки, осматривает анальный канал н прямую кишку через ректальное зеркало или через ректоскоп.

Клинническое течение геморроя характеризуется медленным прогрессированием. Боли и анальный зуд постепенно усилнваются, выделення кровн со временем становятся более частыми, наблюдаются после каждого акта дефекации, хотя количество крови остается небольшим. Признаком прогресснрования геморроя служит также увеличение размеров внутренних геморроидальных узлов н выпячнвання их из заднего прохода.

Осложнениямн геморроя могут быть острое воспаление, острый тромбоз (закупорка тромбом), выпаденне геморрондальных узлов н обнльное нлн длнтельное кровотеченне нз ннх. При остром воспаленни появляются значнтельные болн в области заднего прохода, отек тканей, воспаленные узлы ннogда нзъязвляются, кровоточат.

Тромбоз геморрондальных узлов проявляется такнмн же снмптомамн, но характерным является спазм сфннктеров с прнступообразнымн спастическнмн болямн в областн заднего прохода, невозможность пронзвестн акт дефекацин. При этом узлы сдавлнваются в анальном канале спазмнрованным сфннктером н вызывают резкую интенснвную боль. Тромбоз геморроидальных узлов встречается у 9—30 % больных геморроем.

Довольно частым осложнением геморроя является кровотечение из геморроидальных узлов. Оно может быть обнльным однократным нлн длнтельным, но малоннтенснвным. Важно отметить, что кровь выделяется чаще алого цвета. Иногда во время акта дефекацнн больные отмечают выделение кровн снльной струей. Общая кровопотеря в такнх случаях небольшая, около 50 мнллилнтров, но больные, как правило, преувелнчнвают количество выделенной крови.

Выпаденне геморроидальных узлов нередко развнвается у больных пожнлого возраста, длнтельное время страдавшнх геморроем. Выпадают в таком случае только внутренние значительно увелнченные геморрондальные узлы, хотя у этнх больных, как правило, увелнчены и наружные узлы. Прн осмотре заднего прохода врач видит «букет узлов», расположенный снаружи от ануса н состоящнй нз внутренних н наружных узлов. Средн наших больных это осложненне наблюдалось у 69 %.

Ущемленне выпавшнх геморроидальных узлов бывает редко. Оно может быть у больных молодого возраста с сохраненным тонусом сфннктера заднего прохода, который н ущемляет выпавшне узлы.

Врачн-проктологи отмечают, что у

молодых людей геморрондальные узлы ие так уж часто достигают большнх размеров и редко выпадают. А у пожилых больиых, как правнло, ослаблен сфннктер заднего прохода. То, что обычио в быту прнннмают за ущемлениый геморрой, иа самом деле есть тромбоз геморрондальных узлов.

Диагностнка геморроя, как правило, нетрудиа. Одиако врачу прнходнтся всегда учнтывать, а каждому больному, страдающему геморроем, следует знать, что под маской геморроя могут протекать другие, более опасные заболевания. Поэтому никогда ие иадо себе ставить диагиоз. Только врач, тщательно обследовав больного, способен распознать заболеванне н иазначнть правнльное лечеиие.

Лечеиие геморроя может проводнться консерватнвнымн средствамн и путем хирургического вмешательства. Неосложнеиные формы геморроя врачи лечат только консерватнвно. Очень важио добиться у больиого ликвндации запоров. Из пнтания следует исключить все, что способствует раздражеиию слизистой оболочкн кншечннка: острые блюда, соленые, копчеиые, жареные продукты, алкоголь, томат-пасту, перец, уксус, горчицу. Желательио строго соблюдать режнм пнтання.

Местное лечеиие должио быть разлнчиым и завнсеть от преобладаиня тех или ииых снмптомов — болей, кровотечеиия, зуда. Оио состонт нз примеиеиия свечей, ваиночек н мнкроклизм. При болях врачн назначают свечи, содержащие новокаин н экстракт белладоины, при умеренных кровотечеииях добавляют адреналин нлн применяют свечи с тромбнном, а прн тромбозе узлов предпнсывают глнвеноловые свечн. Введеиие свечей нногда бывает болезнеино, в связн с чем нх предварительно следует смазать вазелнновым нлн подсолиечным маслом либо детскнм кремом. Желательио, чтобы введеиная свеча оставалась в анальном канале, а ие проскакнвала в ампулу прямой кншки.

Правда, оставаясь в задием проходе, свеча вызывает непрнятное чувство ииородиого тела, но через 5—10 минут она уменьшнтся в размерах н пацнент не будет ее чувствовать. После введения свечн в заднйй проход рекомеидуется между ягоднцами положнть салфетку нли вату, которая будет препятствовать выпадению свечн наружу.

Хорошнй болеутоляющнй н противовоспалительный эффект оказывают сидячие ваиночкн с теплым раствором маргаицовокислого калня или подмывания промежностным душем. Большинство указанных процедур является одновремеино и профилактическими мерами, поэтому могут выполняться в течеиие всей жизнн.

Осложиеиные формы геморроя в иачале своего развитня также подлежат коисерватнвиому лечению. Прн остром воспалеинн н тромбозе геморроидальных узлов оно направлено на сиятие болей, спазма и воспалнтельных явлеинй в областн заднего прохода. С этимн целями врач назначает такне препараты, как анальгнн, баралгни, ио-шпу, папавернн, днмедрол, седальгин и др.

Хорошим обезболнвающнм действием обладают холодные примочкн со свннцовой водой, буровской жндкостью, растворами риваиола, новоканиа. Салфетки, смоченные этнми растворамн нли просто холодиой водопроводиой водой, больиой в течеиие часа прнкладывает к воспаленным геморрондальным узлам, меняя их каждые 20—30 миiут. Во время применення прнмочек больной лежит иа животе с прнподнятым тазом. Очень полезно при остром воспалеинн н тромбозе узлов подмыванне холодиой водой. Это нужно делать после акта дефекации и на иочь.

При выраженном кровотечении полезны холодные примочки, прн этом следует нспользовать 5%-ный раствор хлористого кальция, обладающего способностью свертывать кровь. Геморроидальиые свечн также должны содержать кровоостаиавлнвающне препараты.

Выпавшие воспаленные илн тромбнрованые геморрондальные узлы не рекомендуется вправлять. Это резко болезненная и не всегда выполнимая процедура. Еслн даже и удается вправить узлы, то спастнческне сокращеиия анальных жомов буквально через несколько мниут выталкивают их обратно наружу. По мере сннжеиня воспалнтельных явленнй, умеиьшения спазма н размеров

узлов онн самн вправляются в задний проход.

Все больные с осложнениыми формамн геморроя после лнквндацнн острых явлений, остановкн кровотечения подлежат хирургическому лечению. Впрочем, некоторым больиым с тромбозом геморроидальиых узлов и с иеостанавливаемым кровотечением операции врачи проводят по срочным показаниям, то есть на первые-вторые сутки лечення в больнице.

Показания к операцин становятся обязательиыми, еслн обострения геморроя повторяются часто, 2—3 раза в год, мешают ходить, сидеть, выполнять трудовую деятельиость. При безуспешиом консервативиом лечении в течение 2 лет такие больные подлежат операции. Особенио настойчиво врачн рекомендуют хирургическое лечение больиым молодого и среднего возраста.

Приходнтся констатнровать, что после удаления геморроидальиых узлов у 2—3 % больных бывают рецидивы заболевания, то есть снова формнруются геморроидальные узлы. В абсолютиом же большинстве случаев результаты операций хорошие, узлы нсчезают совсем, кровотечения ие встречаются. Но это не значнт, что можио оставнть без вннмання все профилактические меры. Забота о том, чтобы ие было запоров, должна быть всегда.

Следует отметить некоторые особенности течення геморроя у женщин, связанные с месячными и с беременностью. У большинства женщин во время месячных и за 2—3 дня до иих появляется чувство тяжести в тазу, ощущенне постороннего предмета в заднем проходе. Это объясняется повышенным притоком крови в малый таз, что само по себе способствует проявлению геморроя. Геморроидальные узлы увеличиваются, появляются зуд, болн в области заднего прохода, нногда из прямой кишки выделяется кровь.

Беременность, особенио во второй половине, также может способствовать появлению геморроя. Дело в том, что увелнченная матка сдавливает кровеносные сосуды малого таза, препятствует оттоку крови. К этому же приводит н часто развивающийся во время беременности запор.

Указанные явления содействуют образованию геморроидальных узлов. В результате у женщины возникают ощущения тяжести и зуд в области заднего прохода, выделяются слизь и кровь. При воздействин провоцирующнх факторов может развнться и осложненный геморрой.

Будущая мать должна иметь представление о возможностн развитня таких осложнений н с первых дней беременностн стремнться их предупреждать. Важное значение в этом плане нмеют лечение запоров, отказ от острой раздражающей пищн, правнльный режим дня с обязательнымн прогулкамн на свежем воздухе, гигиенический уход за областью заднего прохода.

Эффектнвным профнлактическим средством является применение комплекса гимнастических упражнений, направленных на укрепление тазового дна, что улучшает отток крови от органов малого таза. Простейшее из такнх упражнений, которое можно проводить в любых условнях, состоит в периодическом в течение 3—4 секунд сжимании мышц заднего прохода и втягнвании его с последующим расслаблением всех мышц на 5—6 секунд. Упражнення достаточно продолжать 2—3 минуты, выполнять нх можно в положении сидя, стоя или лежа. В течение дня указанное упражненне желательно повторять 3—4 раза.

Трещины заднего прохода

Болезнь малая, но прнчнняющая большие страдания, излечение от которой приносит людям настоящую радость.
Р. Беннет н Я. Галиджер

Это довольно частое проктологическое заболевание, составляющее 9—10 % всех заболеваний толстой кишкн. Суть его состоит в образовании дефекта в стенке заднего прохода. Глубина трещины обычно доходит до мышечного слоя, составляет 2—3 миллиметра, длина ее не превышает 2 сантиметров. Впервые название «трещина» прн опнсании этого заболевания применил Авиценна (980—1037). Он же первым определил большинство этнологнческих факторов,

способствующих возникновению трещины заднего прохода.

В настоящее время установлено, что образованию трещин способствуют многие заболевания прямой кишки и заднего прохода (геморрой, проктит). Однако основным моментом в развитии трещин является травма.

Повреждение слизистой оболочки при запорах, родах и перенесенные или имеющиеся заболевания толстой кишки служат главными этиологическими факторами трещины заднего прохода. Заболевание в 2 раза чаще встречается у женщин. На возраст от 20 до 60 лет приходится 94 % больных.

Основными клиническими признаками трещин заднего прохода являются боли и кровотечения. Боли возникают остро, чаще во время акта дефекации, болит сама трещина. Стул из-за выраженного спазма сфинктеров прямой кишки бывает резко болезненным и затрудненным. Поэтому у больных развивается страх перед стулом, в связи с болями они боятся идти в туалет, в результате чего искусственно возникают запоры, что, в свою очередь, ухудшает их состояние.

После стула боли стихают только через несколько (3—5) часов. Изредка боли бывают через некоторое время после акта дефекации. Как правило, они очень сильные, жгучие («будто прижигают раскаленным железом»), отдают в промежность, половые органы, крестец.

При трещинах заднего прохода у мужчин могут развиваться расстройства мочеиспускания, а у женщин — нарушения месячных.

Характерным признаком трещины является выделение из прямой кишки крови. Она обычно появляется в небольшом количестве после акта дефекации и имеет алый цвет.

Если острая трещина в течение 2—3 месяцев не заживает, болезнь превращается в хроническую форму. В этой стадии острота болей снижается. В 95 % случаев трещина располагается на задней стенке анального канала. У наружного ее края иногда бывает разрастание тканей в виде бугорка («сторожевой бугорок»).

Края и дно острой трещины мягкие, розовые, она узкая, линейной формы. Хроническая трещина имеет плотные края, дно покрыто серыми тканями, форма ее может быть овальной или даже округлой. В период острых явлений никаких дополнительных исследований врачи стараются не производить. Основной своей задачей они ставят ликвидацию сильных болей.

Лечение больных с трещинами заднего прохода может быть консервативным и оперативным. Все острые трещины, а также имеющие выраженный болевой синдром лечат консервативными средствами. При этом заболевании, как и при каком другом, важное значение имеет ликвидация запоров.

Любыми средствами, в первую очередь диетой, врачи стремятся добиться, чтобы стул у больного был мягкий и ежедневный. С этой целью при необходимости ежедневно ставят очистительные клизмы. Мягкий резиновый катетер, хорошо смазанный вазелином, осторожно вводят через задний проход и вливают 600—800 миллилитров воды комнатной температуры, причем так, чтобы не вызывать у больного болевых ощущений.

После стула требуется обязательно подмывать промежность теплой водой, можно слабой струей из душа, причем так, чтобы не раздражать кожу и не вызывать спазма мышц.

Клизму лучше делать один раз в день утром, а подмывания — утром и вечером. Если нет возможности применить промежностный душ, то можно пользоваться сидячими ванночками с теплой водой (температура 35—38 °C) продолжительностью 10—15 минут.

При выраженных болях эффективным оказывается воздействие на промежность сухого тепла. Для этого используют грелки, бутылки с горячей водой, мешочки с нагретым песком или льняным семенем. На ночь полезно вводить в задний проход свечи с обезболивающими средствами. Все указанные процедуры больные выполняют в домашних условиях, но под периодическим контролем врача.

В амбулаторных условиях врачи лечат больных различными физиотерапевтическими методами, введением обезболивающих и противовоспалительных

препаратов под трещину (блокада) и другими средствами. В результате такого лечения 70 % острых трещин заживает, боли исчезают, спазм снимается. Однако лечение в полном объеме приходится продолжать не менее двух недель.

Лечить хронические трещины значительно сложнее. Они не поддаются консервативной терапии, и поэтому такие больные нуждаются в оперативном вмешательстве. Известно более 50 различных методов хирургического лечения трещин заднего прохода.

Довольно широкое распространение имеет насильственное растяжение заднего прохода, что помогает в начальных стадиях болезни. Однако в более позднее время или при безуспешности ранее применявшихся методов приходится делать иссечение трещины.

Стойкое заживление трещин заднего прохода после всех видов лечения наступает у 90—95 % больных. В некоторых случаях наблюдается рецидив заболевания, требующий более настойчивого лечения и терпения больного.

Таким образом, справедливо мнение известных современных английских проктологов, упомянутых в эпиграфе к этому разделу.

Парапроктиты

> Не велика болячка, да сесть не дает.
>
> Поговорка

Парапроктит означает воспаление клетчатки вокруг прямой кишки. Он развивается, когда при прохождении плотных каловых масс или при сильном натуживании возникают надрывы слизистой оболочки, через которые проникает инфекция.

Чаще, однако, микробы внедряются в клетчатку через синусы прямой кишки, расположенные в ее нижнем отделе. Отсюда инфекция распространяется на клетчатку, и тогда образуются гнойники. Последние могут располагаться под кожей или слизистой оболочкой. Более глубокие очаги локализуются в клетчатке таза и даже под тазовой брюшиной.

Острый парапроктит в большинстве случаев наблюдается у людей трудоспособного возраста: 75 % больных имеет возраст от 30 до 60 лет. Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины. Начало заболевания, как правило, острое. Оно выражается в появлении болей в области заднего прохода, которые вначале мешают сидеть, ходить, затем интенсивность их нарастает и они становятся постоянными.

Очень скоро повышается температура, появляются озноб, недомогание, изменения в анализах крови. Иногда присоединяется задержка стула, мочеиспускания. В некоторых случаях на первое место выходят не боли, а общие признаки заболевания — повышение температуры, озноб, разбитость.

При такой клинике больной должен обратить внимание врача даже на небольшие боли или на неопределенное ощущение распирания, неудобство в области заднего прохода, чувство инородного тела в прямой кишке. Это поможет врачу заподозрить, а следовательно, и своевременно поставить правильный диагноз.

Чем глубже в тазу расположен гнойник, тем больше выражены общие симптомы интоксикации (отравления), но тем и тяжелее распознать локализацию очага инфекции. При осмотре области заднего прохода в некоторых случаях сразу можно поставить диагноз: припухлость, краснота, повышение кожной температуры в одном месте около заднего прохода свидетельствуют о наличии гнойника. У других больных, особенно когда очаг расположен глубоко, он снаружи не виден.

Изредка острый парапроктит может начинаться постепенно, с появления небольших болей, невысокой температуры. Такие признаки держатся 3—4, а то и 5 дней, медленно нарастая.

При быстром развитии заболевания больные обращаются к врачу в ранние сроки и получают эффективную помощь. Однако в некоторых случаях еще до врачебной помощи гнойники прорываются через кожу наружу. Это приводит к снижению болей, падению температуры. В результате больной считает, что он выздоравливает, продолжает лечиться самостоятельно, не обращается к врачу. Это грубейшая ошибка.

Такое поведение больного может привести к распространению гнойного процесса и обязательно к повторению острого воспаления. Независимо от того, вскрылся гнойник или нет, больной должен обратиться к хирургу или к проктологу. Острый парапроктит относится к тем заболеваниям, которые сам больной ни в коем случае не должен пытаться лечить. Применение тепла или холода, а также антибиотиков, что иногда делают больные, только отодвигает эффективное лечение, а в некоторых случаях способствует распространению гнойника.

Таким образом, при появлении болей в области заднего прохода, повышении температуры, а также при наличии таких местных признаков, как отечность, покраснение кожных покровов, повышение кожной температуры, больной обязан обратиться к врачу. Единственный метод лечения острого парапроктита — хирургический. Ибо гнойник надо вскрыть. Операцию делают под общим обезболиванием. Длина и локализация разрезов зависят от расположения гнойников.

Следует отметить некоторые особенности течения и лечения острого парапроктита у детей. В детском возрасте это заболевание встречается редко, в 40 раз реже, чем у взрослых. Такие причины возникновения острого парапроктита, как опрелость, расчесы, травмы, у детей наблюдаются реже, чем у взрослых.

Диагностировать острый парапроктит у детей сложнее, чем у взрослых, так как труднее уточнить, где находится источник болей, беспокойства ребенка, повышения температуры. В таких случаях родители должны внимательно осмотреть все кожные покровы, в том числе и промежность. При наличии острого парапроктита можно выявить припухлость, красноту, напряжение кожных покровов. Подобные находки служат поводом к обязательному обращению к врачу. У детей, так же как и у взрослых, лечение острых парапроктитов должно быть только хирургическим.

Хронический парапроктит является следующей стадией острого парапроктита, он проявляется в виде свища прямой кишки. Образование его можно связать с несвоевременным или нерадикальным лечением острого парапроктита. У 15 % больных с острым парапроктитом впоследствии остаются свищи прямой кишки. Они могут быть внутренними (проникают из просвета прямой кишки в клетчатку или в другие органы) и наружными (открываются на коже). Вторые встречаются чаще первых.

При более частых наружных свищах на коже около наружного отверстия заднего прохода располагается свищевое отверстие обычно размером 1—3 миллиметра, из которого выделяется очень небольшое количество (1—2 капли) гнойной или серозно-гнойной жидкости. Этот свищ проникает в прямую кишку, где имеется его внутреннее отверстие.

Клинические проявления наружного свища прямой кишки небольшие: незначительные боли, зуд, подмокание, мацерация кожи. В случае закрытия наружного отверстия свища и прекращения выделения гноя боли усиливаются, повышается температура, в области заднего прохода появляется припухлость. При наличии внутреннего свища прямой кишки на коже нет никаких отверстий, свищ открывается в просвет прямой кишки. Распознать такой свищ трудно.

Лечение свищей прямой кишки представляет большие трудности. Только хирургическое вмешательство может помочь избавиться от этого страдания. Существует много различных операций, суть большинства которых состоит в иссечении свища. В некоторых случаях эффективным оказывается такое простое вмешательство, как рассечение стенки свища.

Из истории известно, что французский король Людовик XIV («король-солнце») страдал хроническим парапроктитом со свищом прямой кишки. Длительное консервативное лечение было безуспешным. Тогда его придворный хирург Феликс изготовил специальный изогнутый остроконечный нож, конец которого ввел в свищ и рассек его. Наступило выздоровление. Нож получил название «королевский бистури», а операция стала модной, и некоторые льстецы искусственно делали себе свищи, чтобы потом подвергнуться операции.

Следует отметить, что после операций иногда может возникать рецидив заболевания. Это бывает при наличии сложных разветвленных свищей, которые не всегда удается полностью удалить. Оставление хотя бы маленького хода такого свища приводит в дальнейшем к рецидиву заболевания.

Кокцигодиния, прокталгия

Только терпеливый закончит дело, а торопливый упадет.

Саади

Эти два заболевания имеют один общий симптом — боли. Поэтому некоторые хирурги объединяют их и называют анокопчиковым болевым синдромом. При кокцигодинии боли локализуются в области копчика, при прокталгии — в области прямой кишки.

Кокцигодиния — термин, образованный из греческих слов «кокцикс» — копчик и «одине» — боль, обозначает основную локализацию болей. Главную роль в развитии этого заболевания играет травма области копчика, причем она может быть задолго, в среднем за 6 месяцев, до появления болей. Чаще всего это острая сильная травма: падение с высоты на ягодицы, удар снаружи по копчику.

В некоторых случаях кокцигодиния развивается у людей, получающих небольшую, но постоянную в течение длительного времени травму: езда на мотоцикле, велосипеде особенно по неровной дороге.

Длительное сидение на твердом стуле с упором на копчик, да еще если при этом подтянуты ноги к животу (так называемая сакральная, или крестцовая, посадка), способствует появлению болей. В последнее время такую позу часто стали принимать при длительном сидении перед телевизором, в связи с чем кокцигодинию называют еще «телевизионная болезнь».

Итак, основным и единственным признаком кокцигодинии является наличие болей в области копчика. Характер болей может быть различным. У некоторых больных они тупые, ноющие, постоянные, усиливаются при длительном сидении и становятся резкими при вставании со стула.

Повышение интенсивности болей при сидении заставляет больных принимать различные позы — упираться на одну ягодицу, сидеть боком. Некоторые больные боятся из-за этого сидеть и работают стоя. Боли могут усиливаться во время ходьбы, в связи с чем больные изменяют свою походку, передвигаются осторожно, мягко. Иногда боли усиливаются во время дефекации, однако это не обязательный симптом болезни.

Никаких других признаков кокцигодинии нет, но эти люди выглядят больными. Боясь усиления болей, они все делают осторожно, медленно, становятся раздражительными, не могут сидеть в театре, кино.

Течение кокцигодинии иногда продолжается несколько лет, наблюдающееся при этом периодическое стихание болей непродолжительно. Обострение заболевания возникает под влиянием самых различных факторов (падение, длительное сидение, рецидив других заболеваний).

Лечение кокцигодинии представляет значительные трудности. Врачи широко применяют инъекции обезболивающих средств в область копчика и в наиболее болезненные точки. Хороший результат получен от массажа копчика, лечебной гимнастики, физиотерапии. При безуспешности этих процедур прибегают к оперативным вмешательствам, но и они не дают гарантии выздоровления. Кокцигодиния требует длительного и упорного лечения, а от больного — еще и терпения.

Прокталгия характеризуется выраженными болями в области прямой кишки и заднего прохода. Это заболевание носит еще название «невралгия прямой кишки», чем подчеркивается основная причина этих болей.

Женщины болеют прокталгией в 2 раза чаще. Наиболее поражаемый возраст — от 30 до 60 лет. Некоторые проктологи отмечают относительно частое развитие прокталгии у людей умственного труда, в частности у врачей, что дало основание для названия «докторская болезнь».

Заболевание характеризуется возникновением пароксизмов (приступов) болей. Они могут начинаться постепенно, в течение 3—4 дней нарастая до интенсивных, а в других случаях появля-

ются внезапно, сразу сильные, а затем также внезапно или постепенно стихают. Следующий приступ возникает через несколько дней или месяцев. Никакой закономерности в начале, продолжительности и окончании пароксизма нет.

Локализуются боли во всей прямой кишке, иногда в области заднего прохода, изредка они могут отдавать в бедра, промежность, крестец, копчик. Акт дефекации, как правило, не оказывает влияния на интенсивность болей. Других признаков болезни, которые мог бы отметить сам больной, нет.

Больные с прокталгией, так же как и с кокцигодинией, нуждаются в тщательном обследовании для исключения других заболеваний, требующих специального лечения.

При лечении прокталгии применяют самые различные процедуры, медикаменты. Ни один из методов не помогает абсолютно всем больным, но все же врач имеет возможность каждому больному подобрать какой-либо способ. Некоторые больные научились сами снимать интенсивность болей, например, принимая коленно-локтевое положение, глубоко приседая или поднимая ноги.

Боли иногда уменьшаются в положении больного лежа, при надавливании на промежность, при введении пальца в прямую кишку. Иногда отмечается снижение болей от применения тепла в виде грелок, мешочка с горячим песком на промежность, приему общих теплых ванн, применения парафина, грязи на область заднего прохода. У других больных боли ликвидируются или уменьшаются от холода.

При лечении в поликлинике у некоторых больных хорошие результаты получены от физиотерапевтических процедур, рентгенотерапии, различных блокад в области прямой кишки. Лечащий врач в таком случае стремится также провести лечение по поводу всех других заболеваний прямой кишки, если они обнаружены.

Больному с прокталгией следует помнить, что не все лекарства и процедуры помогают во всех случаях. Заболевание само по себе излечимо, надо только найти то средство, которое способно помочь конкретному больному. Это, естественно, является заботой врача, а больному, как ни при каком другом заболевании, не следует отчаиваться. Это тот случай, когда применима поговорка «Лучшее лекарство — время».

Зуд в области заднего прохода

> Нет ничего сильнее времени и терпения.
>
> Пословица

Зуд в области заднего прохода может быть самостоятельным заболеванием (первичный зуд) или симптомом другого заболевания прямой кишки (вторичный). Как симптом зуд встречается при геморрое, воспалительных заболеваниях прямой кишки (криптит, проктит), трещинах заднего прохода, свищах прямой кишки. У женщин причиной зуда могут быть воспалительные заболевания половых органов с гнойными или слизистыми выделениями из них.

Многие болезни внутренних органов приводят к появлению зуда в области заднего прохода (желтуха, глистная инвазия, сахарный диабет и др.). Кожные болезни также часто сопровождаются зудом. У некоторых больных зуд возникает при приеме лекарств.

Особо следует подчеркнуть, что зуд довольно часто является следствием наличия глистов в кишечнике (острицы, аскариды), особенно у детей.

Однако у некоторых больных нет никаких других заболеваний прямой кишки и тем не менее беспокоит иногда очень выраженный зуд в области заднего прохода. Этот зуд врачи обозначают как первичный, нейрогенный. Действительно, у таких больных в коже вокруг заднего прохода находят выраженные изменения в нервном аппарате по данным, опубликованным в 1979 году профессором А. М. Аминевым.

Клинические проявления зуда заднего прохода очень разнообразны. В большинстве случаев заболевание начинается постепенно, вначале с небольшого и редко появляющегося жжения или зуда. Затем эти ощущения становятся более интенсивными, постоянными. Желание почесаться у больных бывает настолько велико, что они прибегают к нему в присутствии других людей, чешутся неистово, до появления расчесов на коже.

У некоторых больных зуд каждый раз начинается в определенное время, иногда ночью. Летом у тучных людей при усиленном потоотделении расчесы начинают мокнуть, а это, в свою очередь, усиливает зуд. Заболевание может протекать в виде постоянного неинтенсивного зуда с периодическими усилениями. При осмотре области заднего прохода врач-проктолог у такого больного обнаруживает покраснение кожи, мокнутие, расчесы.

Лечение зуда проктологи начинают с устранения причин, которые привели к его появлению. К ликвидации зуда приводит излечение сопутствующих заболеваний прямой кишки, других внутренних органов, устранение вредных промышленных воздействий.

Очень важное значение в предупреждении и лечении зуда имеет личная гигиена всего тела, в особенности области заднего прохода. Она включает в себя обязательное подмывание теплой водой промежности после стула; периодическое очищение прямой кишки очистительными клизмами, которые в таком случае ставят 2—3 раза в неделю. Хорошее действие оказывает ватная прокладка между ягодицами, заложенная поближе к заднепроходному отверстию. Такая ватка предохраняет трение ягодичных поверхностей, их потение, мокнутие.

У некоторых больных хорошее местное действие оказывают примочки с различными веществами (свинцовая вода, буровская жидкость) или сидячие ванны со слабым раствором марганцовокислого калия. Для лечения зуда существует большое число различных мазей, паст, сложных растворов, свечей, но они должны применяться только по назначению врача. В некоторых случаях помогают физиотерапевтические процедуры, рентгенотерапия.

В последнее время стали применять иглоукалывание, лечение лазером. Хорошее действие оказывают различные блокады зудящей области, обкалывание ее новокаином или смесью новокаина с другими веществами.

Для общего воздействия на организм врачи применяют успокаивающие, препараты брома, глюкозы.

Необходимо исключить из питания все раздражающие виды пищи — острые приправы, алкоголь. В диете должно быть большое количество фруктов, овощей, молочнокислых продуктов, в том числе ацидофильное молоко. Рекомендуется сократить прием таких продуктов, как сахар, мясо, горох, бобы, огурцы, газообразующие напитки.

При безуспешности консервативного лечения в некоторых случаях врачи проводят оперативное вмешательство. Оно заключается в перерезке чувствительных нервов или их ветвей, подходящих к пораженной зоне. Кроме того, иногда удаляют зудящий участок кожи и замещают его здоровым лоскутом, взятым из другого места тела (с бедра, живота, поясницы).

Эпителиальные ходы и кисты

Это заболевание не имеет прямого отношения к толстой кишке, однако всегда рассматривается врачами в разделе проктологических заболеваний. Дело в том, что внутриутробное развитие эпителиального хода связано с формированием прямой кишки, по своей локализации ходы соседствуют с прямой кишкой и при дифференциальной диагностике ее заболеваний приходится иметь в виду эпителиальные ходы.

Эпителиальные ходы — это врожденное заболевание, но по наследству оно не передается, хотя иногда встречается у членов одной и той же семьи. Среди носителей ходов преобладают мужчины, они составляют 70—80 % больных. Встречается это заболевание у молодых людей, как правило, в возрасте до 40 лет.

Само заболевание выражается в виде хода, канала, наружное отверстие которого находится в межъягодичной складке точно по средней линии на уровне крестцово-копчикового сочленения. У людей, имеющих ход, в этом месте можно видеть плоское углубление различных размеров, на дне которого и располагается наружное отверстие эпителиального хода.

Наружное отверстие эпителиального хода, как правило, округлой формы, небольших размеров, 0,5—1,5 миллиметра в диаметре. Введя в него тонкий зонд, врач определяет направление хода. Последний почти всегда идет впе-

ред н вверх, нногда отклоняется влево. Глубнна его составляет 0,5—1 сантнметр, нногда до 2 сантнметров. Кроме одного главного наружного отверстня, нмеющего нанбольшне размеры, в некоторых случаях можно обнаружнть еще несколько ходов. Все онн меньше главного н заканчнваются, как правнло, слепо н только нзредка нмеют соеднненне с основным ходом.

Эпнтелнальные ходы пока не вызовут развнтне осложненнй практнческн ннчем себя не проявляют. Их можно обнаружнть прн профнлактнческнх осмотрах детей н взрослых, прнчем знаЧнтельно чаще у людей молодого возраста. Так, по данным, которые опублнковал профессор А. М. Амннев в 1965 году, средн осмотренных 1000 детей от новорожденных до 16 лет эпнтелнальные ходы былн найдены у 10, нз 1200 обследованных взрослых такне образовання выявлены только у 3.

Неосложненные эпнтелнальные ходы нногда обнаружнваются случайно особенно у детей. Прн вннмательном осмотре кожн у ребенка, прн подмываннн промежности можно увндеть наружное отверстне хода. А зная, что в крестцово-копчнковой областн бывает такое образованне, чтобы выявить его, надо только раздвннуть ягоднцы н вннмательно осмотреть среднюю лннню от заднего прохода до пояснннцы.

Отмечено, что в пернод полового созревання подростков (13—16 лет) часто наблюдается обостренне заболевання. В неосложненных случаях оно может проявнться небольшнм зудом в межъягоднчной складке н появленнем светлого нлн слегка мутного отделяемого нз наружного отверстия хода. Колнчество выделяемой жндкостн незначнтельное (1—2 каплн), но оно должно заставнть молодого человека обратнться к врачу.

Еще однн характерный прнзнак эпнтелнального хода — это налнчне волос в нем. Дело в том, что стенкамн хода является кожа с покрывающнм ее эпнтелнем (отсюда названне — эпнтелнальный) н содержащнмнся в ней волосяными мешочкамн. Поэтому внутрн хода растут волосы, нногда (в 40 % случаев) онн торчат наружу в внде коротких уснков, внутрн хода онн скатываются в комочек. Этот прнзнак дал основання амернканскнм ученым назвать болезнь пнлонндальным сннусом (от латннскнх слов pilus — волос н nidus — гнездо).

В некоторых случаях нет нн отделяемого, нн волос, но на 0,5—1 сантиметр выше наружного отверстня можно прощупать уплотненне, нногда оно вндно в внде выпячнвання округлой формы. Такне образовання свндетельствуют о закупорке хода н развнтнн кнсты, что почтн всегда ведет к осложненням.

Осложнення могут протекать в внде хроннческого нлн острого воспалення. Возннкновенню осложненнй способствуют некоторые факторы. Нанболее частым провоцнрующнм моментом является травма крестцово-копчиковой областн.

Травма отмечается у 50 % больных с осложненным теченнем. Это может быть паденне, удар, быстрая тряская езда. Склонные к броскнм названням амернканцы назвалн эту болезнь «джнп-заболеванне», связывая ее развнтне с ездой на автомобнле.

Осложнення однннаково часто протекают в хроннческой н острой форме. Прн хроннческом воспаленнн в межъягоднчной складке, в областн крестцово-копчнкового соедннення появляется небольшая боль, зуд, а прн осмотре врач может увндеть н прощупать выбухающее уплотненне. Кожа над ннм слегка покрасневшая. Такое состоянне продолжается несколько дней. В дальнейшем нередко образуется гнойннк, н тогда состоянне больного ухудшается.

Острое теченне болезнн с самого начала характернзуется общнмн снмптомамн, такнмн, как повышенне температуры, ознобы, снльные болн в крестцово-копчнковой областн. Местно можно увндеть прнпухлость, покрасненне, больной ощущает резкую болезненность.

Как хроннческая, так н острая форма воспалення должна явнться поводом для обращення к врачу. Это следует подчеркнуть, потому что прн медленном, вялом теченнн больные нногда заннмаются самолеченнем, под влняннем которого воспалнтельный процесс может временно стнхнуть. Но он ннкогда не нсчезнет совсем, а прн следующем

обострении, которое может возникнуть в ближайшие недели, очаг поражения будет бо́льших размеров. С каждым последующим обострением увеличивается площадь распространения воспаления.

Больной должен знать, что даже после самостоятельного вскрытия гнойника необходимо лечиться у врача, в противном случае обязательно развивается рецидив заболевания, причем в более тяжелой форме.

Осложненный эпителиальный ход можно лечить только хирургическим способом. Операция в холодном периоде и в начальной стадии хронического воспаления, как правило, сразу бывает радикальной.

При развитии же гнойника проводится двухэтапное оперативное вмешательство. Первая операция направлена только на вскрытие его и удаление гноя, и только в последующем, через 1,5—2 месяца, выполняется радикальная операция.

Из сказанного поневоле напрашивается вывод: чем раньше больной обратится к врачу, тем больше возможностей произвести ему сразу радикальную операцию.

Наличие эпителиального хода без клинических признаков не служит показанием для хирургического лечения. Но в этих случаях требуется скрупулезно проводить профилактические мероприятия, такие, как содержание в чистоте промежности и крестцово-копчиковой области и недопущение провоцирующих факторов, таких, как падение, ушибы, тряская езда на лошадях, мотоцикле, автомашине. Не рекомендуется также носить тесную одежду, облегающие брюки с грубыми швами, которые могут натирать межъягодичную складку.

Как уже сообщалось, наиболее часто клинические проявления и осложнения при эпителиальных ходах и кистах наблюдаются в период полового созревания подростков. Поэтому в этом возрасте все указанные меры профилактики следует проводить особенно тщательно.

Полипы толстой кишки

Полипы относятся к доброкачественным опухолям толстой кишки, они встречаются довольно часто, особенно у людей пожилого возраста.

В нашем лечебном учреждении у 992 человек в возрасте 35—75 лет, отнесенных к группе практически здоровых, было произведено профилактическое исследование толстой кишки через эндоскоп. При этом у 186 (19 %) обследованных выявили полипы. Из них 8,26 % было в возрасте до 40 лет, 17,1 % — 41—60 лет и 26,31 % — старше 60 лет.

Среди больных с проктологическими жалобами врачи обнаруживают полипы толстой кишки еще чаще — у 53,1 %.

Следует отметить, что из всех отделов толстой кишки наиболее поражаемы полипами прямая и сигмовидная кишки.

Клинические проявления полипов очень скудные. Они чаще обнаруживаются при обследовании по поводу других заболеваний толстой кишки. Из симптомов, характерных для полипов толстой кишки, следует отметить наличие патологических выделений из прямой кишки (слизь, кровь), периодические вздутия живота, неопределенные и нелокализованные боли, запоры.

При множественном полипозе, поражающем все или большинство отделов толстой кишки, слизистые и слизисто-кровянистые выделения отмечаются при каждом акте дефекации. Одиночные полипы не имеют характерных признаков и являются случайной находкой при профилактических осмотрах.

У детей могут наблюдаться большие полипы, которые чаще проявляются кровотечением. Если такие полипы располагаются в прямой кишке, то при натуживании они могут выпадать из заднего прохода.

Основная опасность полипов толстой кишки заключается в том, что они способны превращаться в рак. Среди всех полипов толстой кишки к моменту их выявления около 5—7 % уже относится к злокачественным. Процесс превращения доброкачественных полипов в рак занимает длительное время, иногда несколько (5—8) лет. Следовательно, при наличии полипов всегда есть возможность удалить их и тем самым предупредить развитие рака.

Лечение полипов толстой кишки

должио быть только хирургическим. Мы считаем, что удалеиию подлежат все полипы независимо от их размера.

Извлечеииые из кишки полипы иаправляют иа гистологическое исследоваиие.

Удалеиие полипов может быть произведеио двумя способами: эидоскопическим и оперативиым. В последиие годы большиество проктологов прибегают к первому способу. В таком случае через биопсиоииый каиал эидоскопа проводят специальиую петлю, которую, иабросив иа иожку полипа, затягивают, и затем пропущеииым определеииой силы электротоком отжигают полип.

Если полипы, обиаружеииые в верхией части прямой кишки, можио удалять через ректоскоп, то расположеииые в иижией части прямой кишки иссекают через растяиутый задиий проход.

Полипы больших размеров, диаметром более 2 саитиметров и имеющие широкое осиоваиие, удаляют оперативиым путем. Операция состоит во вскрытии брюшиой полости, а затем и кишки, иссечеиии обиаружеииого полипа или сегмеита кишки вместе с полипом. Таким же путем удаляется большиство злокачествеииых полипов.

Едииствеииый коисервативиый метод лечеиия полипов прямой кишки, предложеииый в 1960 году профессором А. М. Амииевым, состоит в примеиеиии травы чистотела. Специальиым образом обработаииая свежая трава чистотела разводится водой и вводится через клизму в прямую кишку.

Автор метода получал удовлетворительиые результаты, одиако последователей у иего ие иашлось. Это объясияется двумя причииами. Во-первых, все лечеиие заиимает длительиое время. Клизмы с чистотелом ставят через деиь, курс лечеиия состоит из 15—20 клизм. Для получеиия эффекта иеобходимо провести 3—4, а иногда 5—6 курсов лечеиия. А так как примеиять можио только свежую траву, то одии курс проводят в мае—июие, а второй — в сеитябре—октябре, и все лечеиие может растяиуться иа 2—3 года.

Второй иедостаток состоит в том, что если полипы стаиовятся злокачествеииыми, оии ие поддаются действию чистотела и тогда в период лечеиия травой раковый процесс может прогрессировать.

Тем ие меиее указаииый метод, очевидио, заслуживает того, чтобы проктологи изучили его. Возможио, ои прииес бы пользу при выборе способа лечеиия миожествеииого полипоза толстой кишки у людей старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваииями, для которых операция представляет высокий риск. Естествеиио, что в таком случае лечеиие должио проводиться под обязательиым эидоскопическим коитролем за остающимися полипами.

Рак толстой кишки

Это иаиболее опасиое заболеваиие толстой кишки. Частота его в последиие годы у иас в страие и в большиистве развитых государств увеличивается. Так, в СССР в 1970 году рак прямой кишки был впервые выявлеи у 11 693 больиых, а в 1980 году — у 21 157 человек. На каждые 100 000 иаселеиия в 1970 году заболело раком прямой кишки около 5 человек, а в 1980 году — 8. Примерно такой же прирост иаблюдается и в отиошеиии рака ободочиой кишки.

Нарастаиие числа больиых раком толстой кишки объясияется прежде всего увеличеиием продолжительиости жизии людей. Ведь имеиио люди пожилого и старого возраста чаще заболевают оикологическими болезиями.

Но, кроме этой причииы, в этиологии рака толстой и особеиио ободочиой кишок важиая роль прииадлежит характеру питаиия. Прием очищеииой, рафииироваииой пищи в иебольшом объеме, ио высококалорийиой при отсутствии растительиой клетчатки способствует ослаблеиию перистальтики (движеиия) кишечиика, вследствие чего каловые массы, сами имеющие иебольшой объем, медлеиио продвигаются, задерживаясь в иекоторых отделах толстой кишки иа иесколько дией. Это приводит к длительиому коитакту каловых масс с кишечиой стеикой, а известио, что в каловых массах содержатся иекоторые вещества, которые могут способствовать развитию рака.

Таким образом, пища, задерживающая перистальтику кишечника, опосредованно способствует развитию рака толстой кишки, что подтверждается увеличением частоты этого заболевания в развитых странах и стабильно низким уровнем в развивающихся и слаборазвитых странах, где значительная часть пищи состоит из овощей, плодов, фруктов и других продуктов, содержащих растительную клетчатку и естественные витамины.

Среди других этиологических факторов в развитии рака толстой кишки приходится учитывать и наследственность, в связи с чем люди, имеющие больных родственников, должны особенно внимательно относиться к своему здоровью и постоянно контактировать с врачами.

Клинические проявления рака толстой кишки очень разнообразны и зависят от локализации опухоли. Опасность заключается еще и в том, что рак толстой кишки не имеет специфических, характерных только для него симптомов. Все признаки рака могут встречаться и при других заболеваниях толстой кишки, поэтому только врач на основании совокупности данных анамнеза и осмотра больного может заподозрить наличие злокачественной опухоли и провести целенаправленное исследование.

В то же время у больных при появлении каких-либо признаков заболевания толстой кишки не должно быть никакой паники, так как каждый из таких симптомов может встречаться при многих доброкачественных заболеваниях. Как уже сообщалось, злокачественные опухоли составляют очень незначительную долю в структуре заболеваний толстой кишки.

Один из наиболее часто отмечаемых онкологами характерных симптомов — боли в животе. Локализация и характер их зависят от расположения опухоли. Так, при поражении правой половины ободочной кишки беспокоят боли в правой подвздошной области, в правом подреберье. Они чаще всего развиваются постепенно, носят ноющий характер, интенсивность их нарастает в течение недель, они строго локализованы в одном месте, которое обычно и соответствует расположению опухоли.

При поражении сигмовидной кишки, в которой, кстати, чаще всего и развивается рак, и нисходящего отдела ободочной кишки боли локализуются в левой половине живота и иногда более точно — в левой подвздошной области. В этих случаях боли, начинаясь с небольших ноющих, вскоре становятся приступообразными, распространяются на весь нижний отдел живота.

По мере увеличения опухоли и нарастания непроходимости кишечника боли становятся сильнее, приступы развиваются каждые 2—3 дня, а затем и чаще. Одновременно с болями появляется вздутие живота.

Указанные признаки зависят от закрытия просвета кишки опухолью. Такая же картина наблюдается и при локализации рака в верхнем отделе прямой кишки.

При поражении нижней части прямой кишки боли локализуются в промежности, в области заднего прохода, в крестце, в копчике. Они имеют ноющий характер и постепенно нарастают.

К показательным симптомам рака толстой кишки относятся патологические выделения из прямой кишки (кровь, слизь, гной). Чаще всего кровь появляется в случае развития рака правой половины ободочной кишки. Она в таком случае имеет темную окраску, смешана с калом, что дало врачам основание называть такой стул дегтеобразным (мелена).

При раке левой половины ободочной кишки и прямой кишки кровь свежая, алой окраски, чаще в виде прожилок на кале, реже капельками. Довольно часто кровь выделяется вместе со слизью в виде окрашенного кровью «плевка».

Гной или чаще слизь, смешанная с гноем, появляется при распаде раковой опухоли. Однако здесь еще раз следует подчеркнуть, что выделение крови, слизи, гноя может быть при многих заболеваниях толстой кишки, таких, как язвенный колит, гранулематозный колит, проктосигмоидит, полипы, простые язвы.

Рак толстой кишки, как правило, сопровождается нарушением функции кишечника. Чаще всего это проявляется задержкой стула. Правда, запоры на 2—3 дня могут быть и до развития опухоли в толстой кишке, но с появлением рака они становятся более про-

должительными, сопровождаются вздутием живота, тяжестью и приступообразными болями.

Значительно реже при раке толстой кишки встречаются поносы. При этом стул бывает жидкий или чаще кашицеобразный, 3—5 раз в сутки, кал с примесью слизи, крови. Больные с такой клинической картиной часто попадают в инфекционные больницы с ошибочным диагнозом дизентерии, энтероколита. При локализации опухоли в прямой кишке в некоторых случаях наблюдаются ложные позывы на стул.

Нарушение функции кишечника может проявляться чередованием запоров и поносов. В таких случаях задержка стула на 3—5 дней сменяется бурным извержением кала с последующим в течение 3—4 дней поносом. Затем снова наступает задержка стула.

Из общих симптомов рака толстой кишки следует отметить слабость, недомогание, быструю утомляемость при обычной работе, появление бледности кожных покровов и слизистых оболочек. Только в запущенных стадиях заболевания наблюдаются все или большинство из перечисленных выше признаков.

Хочется обратить внимание читателя на то, что на более ранних стадиях врачи обнаруживают один из признаков, да и он вначале не отличается постоянством, может на 1—2 недели исчезать, затем снова появляться один или уже с другими симптомами.

Следует подчеркнуть, что к ранним признакам рака толстой кишки относятся:

внезапная задержка стула на 2—3 дня у человека, ранее имевшего нормальный стул, особенно если ему более 40 лет;

внезапное быстропроходящее вздутие живота;

локальная, небольшая боль в животе;

увеличение продолжительности запоров с последующим бурным опорожнением кишечника.

Все эти признаки объединяются понятием «кишечный дискомфорт», который во всех случаях является показанием к углубленному обследованию особенно больных пожилого и старческого возраста.

Приходится констатировать, что при появлении указанных «малых» признаков заболевания больные как раз не спешат обращаться к врачу, объясняя их развитие нарушением диеты. К сожалению, действительно кишечный дискомфорт довольно часто наблюдается при нарушении режима питания, диеты особенно в праздничные дни.

Коварность «малых» признаков состоит в том, что они через некоторое время проходят и тем самым якобы подтверждают мнение больных о прямой связи их с нарушением диеты. Но спустя 2—3 недели эти признаки снова дают о себе знать, причем уже как проявления более поздней стадии заболевания.

Следовательно, любое нарушение функции кишечника, появление незначительных примесей в кале особенно после нарушения диеты должны быть серьезным основанием для обращения к врачу.

Вместе с тем в некоторых случаях рак толстой кишки может проявляться такими редкими симптомами, как зуд в области заднего прохода, повышение температуры, одноразовое выделение большого количества крови из прямой кишки. Диагноз, как правило, подтверждается, если к этим редким симптомам вскоре присоединяются типичные признаки рака толстой кишки.

Бывает, правда, что врач ошибается в диагностике или слишком длительное время проводит обследование больного. Но все же если, как свидетельствуют наши данные, от появления первых признаков заболевания до установления диагноза рака толстой кишки проходит в среднем 6 месяцев, то 4 месяца из них больной не обращается к врачу, чем усугубляет течение болезни.

Лечение рака толстой кишки врачи проводят различными способами, но основным из них является хирургический. Дополнительными методами являются лучевая терапия и химиотерапия. Первая выполняется на специальных аппаратах. Она назначается при определенной локализации опухоли и, как правило, перед операцией. Химиотерапию врачи применяют при многих формах рака толстой кишки, в основном в послеоперационном периоде.

В настоящее время нельзя рассматривать онкологические заболевания как фатальные, обязательно приводящие к смерти. Достижения фундаментальных наук (физики, химии, биологии), а также медицины, в частности хирургии, позволяют получать обнадеживающие результаты лечения онкологических больных.

Достаточно сказать, что 50 % больных онкологического профиля, находящихся на учете в онкологических учреждениях нашей страны, живет больше 5 лет. А это время онкологи считают сроком излечения.

Но результаты лечения становятся еще более обнадеживающими, если лечение удается начать на ранних стадиях заболевания. В этих случаях даже при таких тяжелых для диагностики и лечения локализациях, как рак толстой кишки, 5 лет и более после операции живет 85—90 % больных. Таким образом, еще раз подтверждается положение о том, что, чем раньше больной обращается за помощью, чем раньше будет поставлен диагноз и проведено лечение, тем больше возможностей для излечения.

Следует еще раз подчеркнуть, что основным методом лечения рака толстой кишки является оперативный. Без операции никакое другое лечение не будет эффективным. По существующему у нас в стране положению операция по поводу любого заболевания, в том числе и онкологического, может быть выполнена только с согласия больного. Поэтому, отказываясь от операции, некоторые больные подписывают себе смертный приговор.

Частой причиной отказа больных от хирургического вмешательства является страх перед операцией. Действительно, операции по поводу рака толстой кишки относятся к тяжелым вмешательствам большого объема. Но ведь, как уже было сказано, без операции никакое другое лечение неэффективно. А самое главное, надо учитывать сегодняшние значительные достижения медицинской науки.

Большой опыт отечественных хирургов и онкологов, совершенствование хирургической техники, достижения анестезиологов и реаниматологов позволили значительно снизить риск оперативного вмешательства, уменьшить число послеоперационных осложнений. Знание этих достижений и доверие к врачу помогают больному освободиться от страха перед операцией.

Одним из поводов для отказа больных от операции служит нежелание иметь постоянный искусственный задний проход. Действительно, при некоторых локализациях рака приходится удалять всю прямую кишку, а на животе, в левом нижнем его квадранте выводить толстую кишку для акта дефекации (формировать колостому).

Однако это обстоятельство ни в коем случае не должно приводить больных к отказу от операции. Во-первых, не всем больным накладывают подвздошную колостому. Из оперированных по поводу рака толстой кишки только 20—25 % не может этого избежать. Во-вторых, наличие колостомы очень редко ограничивает людей в их трудовой, общественной и личной жизни.

Конечно, ношение колостомы создает некоторые неудобства, 50 % носителей колостомы вынуждено менять место работы. Но правильный уход за выведенной кишкой, пунктуальное выполнение указаний врача, о чем будет еще речь впереди, позволяет носителям колостомы выполнять многие работы и пользоваться радостями жизни.

К сказанному следует еще добавить, что необходимость в наложении подвздошной колостомы значительно снижается, если операция выполняется на ранней стадии заболевания, что опять-таки во многом зависит от своевременного обращения больного к врачу.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Будущее принадлежит медицине предупредительной.

Н. И. Пирогов

Чтобы правильно, целенаправленно предупредить болезнь, нужно, естественно, знать ее происхождение. Несмотря на различия в происхождении заболеваний толстой кишки, профилактические мероприятия имеют много общего. Это объясняется тем, что подавляющее большинство провоцирующих факторов оди-

наково при заболеваниях проктологического профиля и их устранение будет способствовать снижению заболеваемости.

Важным профилактическим мероприятием, предупреждающим развитие многих заболеваний нижнего отдела прямой кишки, анального канала и промежности, является содержание области заднего прохода в чистоте. Гигиенические процедуры особенно необходимы после акта дефекации.

Во всех случаях для очищения области заднего прохода следует применять бумагу или мягкую тряпочку. Пригодна различная бумага, но лучше пользоваться специальной туалетной. Она мягче, не содержит твердых включений, которые способны вызвать раздражение кожи или слизистой оболочки заднего прохода. Не следует только вытирать с усердием, так как при этом можно повредить и выпавшую слизистую или геморроидальные узлы. Достаточно бывает промокания туалетной бумагой с небольшим, несильным протиранием.

Значительно эффективнее подмывание области заднего прохода. Это желательно делать после каждого стула. Подмывание можно производить в тазике с водой или душем в ванной комнате. Применять следует прохладную воду, струя душа не должна быть сильной, раздражающей. После подмывания необходимо насухо протереть промежность мягким специальным полотенцем.

В жаркую летнюю погоду при усилении потении тучным людям целесообразно подмывать промежность не только после акта дефекации, но по возможности и в течение дня и обязательно на ночь.

Многие заболевания толстой кишки развиваются на почве запоров. В некоторых случаях они сами служат основной формой заболевания. Отсутствие стула в течение 24—32 часов следует рассматривать уже как запор. Многие ученые подразделяют его на симптоматический и самостоятельный. Первый является симптомом других заболеваний (опухоли толстой кишки, рубцовые сужения и др.).

Самостоятельный запор, в свою очередь, может быть атоническим и спастическим. Первый вид развивается при снижении двигательной функции толстой кишки, когда отсутствует рефлекс на дефекацию. В таком случае больной не испытывает позыва на стул, в течение длительного времени у него отсутствуют движения кишечника (перистальтика), нет урчания в животе.

Спастический запор является следствием повышенного тонуса толстой кишки, она почти все время находится в состоянии спазма. Перистальтики при этом тоже нет, но больной испытывает боли в животе. Лишь изредка ему удается выдавить твердые комочки запекшегося кала, который по форме напоминает овечий кал.

Кроме того, различают такие виды запоров, как привычные, пищевые, хронические запоры нервного характера, запоры при отравлениях, и др.

Привычные запоры развиваются при ежедневной в течение длительного времени задержке стула, при подавлении позыва на стул. В большинстве случаев это зависит от условий жизни, а чаще работы, когда по характеру своих занятий человек не имеет возможности сходить в туалет (преподаватели в часы занятий, хирурги во время операции, водители автомашин, летчики и многие другие).

Подавление позыва на дефекацию ежедневно и в течение длительного времени приводит к снижению рефлекса на стул, в результате чего развиваются привычные запоры. В этих случаях тоже наблюдается овечий кал, но иногда происходит бурное извержение жидкого пенистого содержимого со слизью.

К запорам ведет неправильное питание, когда в пище мало овощей, фруктов, недостаточно клетчатки, которая должна создавать каловую массу и вызывать перистальтику кишечника. Это одна из наиболее частых причин запора в настоящее время у городских жителей, принимающих пищу высококалорийную, но малого объема.

Сутолока современной жизни, когда некогда поесть, когда голод утоляют бутербродом с чаем, приводит к тому, что каловой массы в кишечнике образуется мало, она не вызывает рефлекс на стул, в результате чего по нескольку дней не

бывает дефекации. Наоборот, прием большого количества клетчатки, овощей, фруктов способствует регулярному стулу.

Не так уж редко запор развивается и тогда, когда человек, желая похудеть, старается меньше есть, совсем не принимает овощи, фрукты, хлеб. Все это ведет к развитию жесточайших запоров, которые к тому же поддерживаются присоединившимся спастическим колитом. Прием в таких условиях лекарственных препаратов для похудания только ухудшает состояние уже больного человека.

Запоры нервного характера наблюдаются у больных неврастенией, истерией, психической депрессией. У них нарушается рефлекс на акт дефекации и, хотя толстая кишка заполнена содержимым, позыва на стул нет. Только с помощью клизм удается очистить у них кишечник.

Кроме задержки стула, у больных, страдающих запорами, имеются и другие клинические признаки: вздутие живота, боли и урчание в животе. У них становится обложенным язык, ухудшается общее состояние, возникают головные боли, снижается аппетит. Больные становятся замкнутыми, раздражительными или, наоборот, молчаливыми, уходят в себя, им свойственны грустные мрачные мысли.

У А. Блока есть четверостишие, которое он написал после прочтения книги И. И. Мечникова о функции кишечника:

«Разве же можно поверить
В эту прямую кишку?!
Разве же можно измерить
Кишкою всю нашу тоску?!»

И тем не менее болезнь толстой кишки способна вызывать у человека тоскливое настроение, приводить к тяжелой моральной и физической подавленности.

Избавиться от запоров не так уж легко. Лечебные средства против них не всегда достаточно эффективны. В первую очередь необходимо выяснить причину задержки стула. Во всех случаях симптоматических запоров следует начинать с лечения основного заболевания.

Самостоятельные запоры также требуют выяснения способствующих причин и ликвидации их. Эти мероприятия прежде всего состоят в регулировании диеты и режима питания.

При всех формах запоров в рацион питания должно включаться достаточное количество продуктов с растительной клетчаткой: овощи, фрукты. Послабляющее влияние ее состоит в том, что она создает в толстой кишке большую массу содержимого, которое усиливает двигательную функцию кишки и способствует ее опорожнению.

Кроме того, положительное значение клетчатки состоит в том, что она адсорбирует на себя из кишечного содержимого токсические вещества, в том числе способствующие развитию рака, и, таким образом, выводит их из организма. Выраженным послабляющим действием обладают свекла, морковь. Вареную свеклу, нарезанную мелкими кусочками, едят со сметаной или с растительным маслом. Это лучше делать на ночь.

Очень полезными оказываются сырые овощи, сырая морковь утром и вечером, салаты из свежей капусты. В белокочанной капусте много клетчатки, и ее полезно принимать при запорах, но это грубая клетчатка, поэтому она не рекомендуется при воспалительных процессах в кишечнике (колиты).

Вообще, все балластные вещества, которые состоят из клетчатки (целлюлоза), пектина, лигнина, необходимы нашему организму. Они не усваиваются в кишечнике, но оказывают полезное влияние на его функцию, стимулируют образование и выведение из организма желчных кислот.

Балластные вещества в большом количестве содержатся в овощах (редис, горох, фасоль, цветная капуста), фруктах, ржаном хлебе, грубых крупах (овсяная, гречневая, пшенная).

Из фруктов усиливают перистальтику инжир, арбузы, дыни, слива, виноград, сухофрукты. Особое значение имеет чернослив. В кишечнике они набухают, сами увеличиваются в объеме, увеличивают массу кишечного содержимого, что и усиливает перистальтику. Применять их следует на ночь, но можно и 2—3 раза в течение дня.

Чернослив надо на 5—6 часов залить водой, после чего принимать по 8—10 штук. Если такое количество не ока-

зывает действия, лучше увеличить число приемов в течение дня. Одновременный прием большого количества чернослива может привести к ощущению тяжести и болям в животе.

Советский диетолог А. Б. Панкратов рекомендует заливать чернослив на ночь кипятком, а утром, вынув косточки, растирать и есть натощак, запивая кефиром.

Здесь же следует отметить положительное значение различных фруктовых и овощных соков. Послабляющим действием обладают капустный, морковный, свекольный, абрикосовый соки. В магазинах продают яблочно-пектиновую пасту, которая содержит много клетчатки и стимулирует перистальтику кишечника. Не стоит принимать при запорах чернику в любом виде, ягоды черемухи, ежевику, груши, айву.

В последнее время для облегчения стула многие рекомендуют использовать пшеничные отруби. Они набухают в кишечнике, дают большую массу и способствуют перистальтике. Существует несколько схем приема отрубей. НИИ проктологии Министерства здравоохранения РСФСР предлагает следующую схему:

1) в первые 10—12 дней назначают сухие отруби по 1 чайной ложке, которые заваривают кипятком и после отстоя и охлаждения процеживают. Оставшийся мякиш принимают с пищей во время еды 3 раза в день;

2) следующий цикл длится 2 недели, доза отрубей достигает 2 столовых ложек на прием 3 раза в день во время еды;

3) в последующем в течение 2 месяцев назначают сухие отруби по 2 чайные ложки 2—3 раза в день.

Впрочем, если найдена наиболее эффективная доза отрубей и оптимальное время их приема, то можно длительное время придерживаться этой выработанной схемы.

Очень важное значение имеет режим питания. Надо стараться принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Питание должно состоять из первых и вторых блюд, по калорийности завтрак и обед должны быть более высокими, а ужин легким и не позже чем за 3—4 часа до сна.

Научно-исследовательский институт проктологии Министерства здравоохранения РСФСР рекомендует следующий режим питания и диету при атоническом запоре:

утром натощак стакан холодной воды или фруктового сока.

8.30 — кофе с молоком, ржаные лепешки или хлеб грубого помола, мед, варенье.

11.00 — апельсины или свежий фруктовый сок, кислое молоко.

14.00 — салат из редьки, зеленые щи или мясной борщ; мясо или рыба отварная либо тушеная, картофельное пюре; настой шиповника, свежие фрукты или компот.

17.00 — некрепкий кофе, хлеб, масло, варенье.

19.00 — серый хлеб или ржаные лепешки, винегрет с растительным маслом, настой шиповника.

Помимо овощей и фруктов, перистальтику кишечника усиливает хлеб из муки грубого помола («Бородинский», «Здоровье»).

Некоторые люди при приеме большого количества овощей и фруктов начинают жаловаться на вздутие живота, образование и отхождение газов. Это действительно так, но не у всех людей и не от всех овощей.

Наиболее газообразующими являются горох, бобы, фасоль, лук, капуста, свекла, но они-то как раз и способствуют опорожнению кишечника. В меньшей степени вызывают газообразование картофель, огурцы, морковь, грибы, почти все ягоды и фрукты.

Однако основное значение имеет индивидуальная реакция организма на тот или иной раздражитель. Поэтому надо каждому подбирать для себя приемлемые и наиболее эффективные овощи и фрукты.

Для успешного предотвращения запоров необходимо выработать привычку иметь стул ежедневно в одно и то же время. Лучше всего если акт дефекации будет утром. Этому могут способствовать такие меры, как прием натощак сразу после пробуждения стакана прохладной кипяченой или водопроводной воды. В это время можно также принимать стакан кефира или простокваши.

Один пациент рассказывал нам, что у него стул бывает после приема стакана однодневного кефира, куда добавляется 1 столовая ложка растительного масла.

Некоторые люди, чтобы иметь стул утром, принимают вечером кефир, иногда не один стакан, а два. Следует отметить, что вода действует быстрее, хотя и не во всех случаях. Ее надо принимать за 30—40 минут до ожидаемого стула. Можно использовать также минеральную воду (смирновская, славяновская) или фруктовый сок.

Запорам способствует игнорирование человеком позыва на дефекацию. Ситуации, приводящие к подавлению, а затем и к утрате нормального рефлекса опорожнения кишечника, весьма разнообразны: утренняя спешка, неуютный, холодный туалет, частые командировки и путешествия, во время которых не всегда имеется возможность в одно и то же время опорожнить кишечник. Надо стараться избегать подобных ситуаций.

Очень важное значение имеет поза, в которой совершается акт дефекации. Могут быть два положения: сидя на унитазе или стоя на ногах в наклонном положении на корточках. Эта вторая поза называется еще, по выражению профессора В. А. Оппеля, «положение орла». В современных квартирах городского типа акт дефекации совершается сидя на унитазе, а в сельской местности, в поле и в некоторых общественных помещениях приходится принимать «позу орла».

Многие подчеркивают, что в «положении орла», когда бедра приведены к животу и помогают мышцам брюшной стенки, требуются меньшие усилия для опорожнения кишечника. Чтобы придать подобное или похожее положение при дефекации в городском туалете, можно рекомендовать ставить под ноги скамеечку, с тем чтобы приподнять бедра.

Выбор правильного положения способствует более быстрому опорожнению кишечника. Обычно акт дефекации совершается одномоментно в течение 5—7 минут. При этом основная масса калового содержимого выходит при первом натуживании.

Кстати, акт дефекации следует совершать после глубокого вдоха, при этом диафрагма опускается и органы брюшной полости, надавливая на прямую кишку, способствуют ее опорожнению. Это одномоментный акт дефекации.

Однако у некоторых людей наблюдается двухмоментное опорожнение. При этом после выхода первой порции кишечного содержимого обычно с плотной каловой пробкой человек не испытывает облегчения. Наоборот, остается чувство неполного опорожнения, что заставляет продолжать натуживание и сокращения брюшного пресса. И только через 15—20 минут, иногда и позже совершается второй этап дефекации, выходит оставшаяся часть калового содержимого, и человек ощущает удовлетворение.

С детских лет надо приучать ребенка к одномоментному акту дефекации. Не следует разрешать детям долго сидеть в туалете, необходимо требовать от них выходить после первого акта дефекации. Пусть лучше сходит второй раз, если через какое-то время появится позыв на опорожнение кишечника. Взрослым тоже надо приучаться к одномоментному акту дефекации.

Если под влиянием диеты и других вышеуказанных мер запоры не прекращаются, надо добавить прием слабительных или послабляющих средств. Известно, что по силе действия слабительные средства делятся на три группы:

1) послабляющие, которые способствуют нормальному стулу. К ним относятся вазелиновое масло, магнезия жженая и др.;

2) слабительные, вызывающие кашицеобразный или жидкий стул (препараты ревеня, крушины, касторовое масло и др.);

3) проносные, вызывающие бурную перистальтику и жидкий неоднократный стул (солевые слабительные).

Все слабительные средства отличаются по механизму действия. Одни из них действуют как химические раздражители слизистой оболочки кишки, другие увеличивают объем кишечного содержимого, третьи способствуют более быстрому продвижению калового содержимого по кишке. Есть слаби-

тельиые, действующне преимуществеиио иа толстую или иа тоикую кишку нли на весь кншечннк.

Ввиду такого разнообразиого действня пользоваться слабнтельиыми средствамн надо целеиаправлеиио для устранення определенной причнны запора. Поэтому, прежде чем прииимать слабительиые, иеобходимо посоветоваться с врачом. Мы прнведем только некоторые сведення о слабительных.

К чнсто слабительиым средствам, действующим в осиовиом иа двнгательную функцию толстой кишки, отиосится **корень ревеня**. Слабнтельиый эффект он вызывает через 8—10 часов, поэтому препараты ревеня рекомеидуется прииимать на иочь. Онн выпускаются в виде порошков, таблеток, отвара.

Порошкн н таблетки, в которые входит ревеиь, приннмают по 0,5—1 грамму на прием, хотя эта доза сугубо иидивндуальна. Некоторым людям прнходится увелнчнть дозу до 2 граммов. Следует помннть, что прн прнеме препаратов корня ревеия моча может окрашнваться в желтый цвет.

Кора крушины также служит слабительиым средством, усиливающим двнгательиую функцню толстой кншки. Действие наступает через 8—10 часов. Принимают кору крушнины в виде отваров, экстрактов, пилюль.

Отвар готовят так: 1 столовую ложку коры залнвают стакаиом кипячеиой воды, кнпятят 20 минут, процежнвают, остужают н пьют по полстакаиа на ночь.

Можио прнннмать в вндe таблеток, порошка, которые содержат 0,2 грамма вещества, на иочь 1—2 таблеткн. Из коры крушнны ломкой готовят сухой препарат, который продается в таблетках под назваиием рамиил. Прииимают внутрь по 1—2 таблеткн иа иочь. Все препараты надо держать в затемнеином месте.

Плод крушины слабительиой — известный н выпускаемый под иазваиием плод жостера действует, подобио крушиие ломкой, н примеияется в виде отвара н настоя: 1 столовую ложку жостера заварнвают в стакаие кипятка, иастаивают 2 часа, процежнвают и прииимают по полстакана иа ночь.

Препараты сенны отиосятся к слабнтельиым средствам, их действие сходио с действнем препаратов ревеия. Эффект иаступает через 6—10 часов. Водный иастой лнстьев сенны готовят из 5—10 граммов лнстьев н 100 мнллнлнтров воды, пьют по 1 столовой ложке 1—3 раза в день.

Лнст сенны продается в аптеках в виде брикетов, каждый весом по 75 граммов. Две такие дольки залнвают стакаиом кипящей воды, кнпятят 5 минут, иастаивают в теченне часа, процежнвают, охлаждают н пьют по 1 столовой ложке 1—3 раза в день. Листья сенны выпускают н в вндe таблеток, можио прнннмать по 1—2 таблеткн 2—3 раза в день перед едой.

Сеиаде (снноним сеиейд) — препарат, который производнтся в Иидии нз лнстьев сеины. Он выпускается в таблетках и принимается иа иочь. Доза иидивндуальиа, от 1 до 3 таблеток на прием. Стул обычио нормалнзуется через иесколько дией после начала приема препарата. Препарат, подобиый сеиаде, выпускается в Индии также под назваиием глаксеиа.

Выпускаются и продаются в аптеках комбииированные препараты, состоящие нз различных растительиых слабительиых средств. К ним относятся чай слабительный № 1, чай слабнтельный № 2, сбор желудочиый № 3. Все оин обладают слабительиым действием, усиливают двнгательиую фуикцию толстой кишки, продаются в аптеках в бумажиых пакетах, прииимаются в виде отвара илн настоя. На пакетах более подробно опнсаиы способы прнготовлеиня н прнема этих лекарств.

Шнрокое распространенне средн больиых хроннческнмн запорамн находнт **фенолфталеин**, таблеткн которого нзвестиы н продаются под названием **пурген**. Это легкое слабнтельиое, действующее иа толстую кишку, иазначается по 1 таблетке 2—3 раза в деиь. Препарат обладает кумулятивиым действием (иакаплнвается в оргаинзме), поэтому принимать его без перерыва длнтельиое время (более 2 иедель) ие рекомендуется.

Бисакодил — препарат с выражеиным слабительиым действнем, производится в Польше, выпускается в вндe драже и свечей. Прн прнеме через рот эффект наступает спустя 6—8 часов, прн

введении свечей в прямую кишку стул бывает в течение часа.

Масло касторовое — сильное слабительное средство, вызывает раздражение толстой кишки, действие наступает через 5—6 часов после приема. Выпускается в желатиновых капсулах или в жидком виде.

Большая группа слабительных средств вызывает увеличение объема и разжижение кишечного содержимого. Это в основном солевые слабительные, они приводят к увеличению жидкой части в кишечнике, в результате чего увеличивается объем содержимого, оно разжижается, перистальтика кишечника усиливается.

Солевые слабительные действуют на участки как тонкой, так и толстой кишки, они относятся к проносным средствам, вызывают бурную двигательную реакцию кишечника и жидкий стул. Поэтому принимать их следует осторожно, начиная с небольшой дозы. К этим препаратам относится натрия сульфат, более известный под названием глауберова соль. Доза для взрослых 15—30 граммов на прием. Принимают его натощак, эффект проявляется через 4—6 часов.

Соль карловарская искусственная действует не только как слабительное, но и как желчегонное. Принимают ее натощак по 1 столовой ложке в стакане воды комнатной температуры. Она выпускается в стеклянных банках по 125 граммов. Из Чехословакии к нам поступает натуральная карловарская гейзерная соль.

У нас на Украине из минеральной воды источника курорта Моршин получают моршинскую слабительную соль, которая по составу и действию близка к карловарской соли. Врач назначает ее внутрь по 1—2 чайные ложки на полстакана воды за полчаса до еды.

Магния сульфат, или горькая соль, обладает широким спектром действия, в том числе и слабительным. Механизм действия этого слабительного средства основан на удержании воды в кишечнике и зависит от концентрации принимаемого препарата. Он назначается внутрь по 10—30 граммов в полстакане воды на ночь или днем натощак.

Горькую соль применяют и в 15 %-ном растворе по 100 миллилитров в течение дня. В таких случаях стул становится мягким, 2—3 раза в день. Более выраженное действие можно погасить меньшей концентрацией или уменьшением дозы. Так как магния сульфат действует и на другие системы и органы и способен привести к неблагоприятным последствиям, принимать его следует под контролем врача.

К этой же группе слабительных средств относится **морская капуста,** а также получаемый из нее препарат **ламинарид.** Морская капуста выпускается в коробках в виде порошка, принимать ее следует по $^1/_2$—1 чайной ложке один раз в день. Она обладает слабым слабительным действием, назначается при хронических атонических запорах. Следует только помнить, что в морской капусте содержится йод, который у некоторых людей вызывает аллергические реакции.

Способствуют размягчению каловых масс и облегчают продвижение их по кишечнику такие средства, как **вазелиновое масло, миндальное масло.** Они применяются по 1 столовой ложке 2—3 раза в день.

Кроме слабительных средств, у некоторых людей возникает необходимость в приеме так называемых **ветрогонных препаратов.** Они применяются при выраженном вздутии живота. Наряду с лечением основной причины, приводящей к газообразованию, таким больным помогают настои из цветов ромашки, плодов тмина, семян укропа, листьев мяты перечной и других растений.

Можно рекомендовать сбор ветрогонный, состоящий из листьев мяты перечной, плодов фенхеля, корневищ с корнями валерианы. Его принимают в виде настоя по $^1/_4$—$^1/_2$ стакана в теплом виде утром и вечером. Настой из плода тмина в расчете 10 граммов на стакан кипятка также оказывает хорошее ветрогонное действие.

Различные препараты укропа (масло фенхелевое, вода укропная) помогают при повышенном газообразовании. Масло фенхелевое назначают по 5—10 капель на прием, укропную воду — по столовой ложке 3—6 раз в день.

Уголь активированный, специально обработанный и поэтому обладающий большой адсорбирующей поверхностью,

широко используют больиые с выраженным газообразоваиием. Выпускается ои в виде таблеток карболена н КМ. Второй препарат более эффектнвеи. Его прнменяют по 3—4 таблеткн 3—4 раза в день.

Еще раз следует напомиить, что все слабительиые, как любые другие лекарствеииые средства, оказывают различиое действие иа разных людей. У одинх даже небольшне дозы могут вызвать буриую реакцию, а у других н большие дозы оказываются малоэффективиыми. Поэтому каждому человеку надо подобрать для себя оптнмально действующий препарат. Это можио делать, только посоветовавшись с врачом илн получив коисультацню в аптеке.

Кроме того, следует знать, что прием одиого и того же слабительиого в течеиие длительного времеии может иметь н отрицательиые последствня. Во-первых, к такому препарату возинкает прнвыкание н он уже не действует как слабительное, а запор становится более стойким и упорным. Во-вторых, в слнзистой оболочке кишки развнваются нежелательиые измеиеиия, которые также способствуют снижеиию слабнтельиого эффекта от длительио принимаемых препаратов.

Срок развнтия привыкання н нзменений в слизистой оболочке у каждого человека индивидуалеи, но если действие слабительного начинает сннжаться, иадо обратнться к врачу, который в таком случае предпишет другой препарат.

Слабнтельного эффекта можно достнчь, прибегнув к различного рода клизмам. Последнне, правда, способны выполнять н многие другне функцнн.

Клизмы — это введеиие в кишечник через прямую кншку жндкого вещества. По целям и методнке постаиовкн различают иесколько вндов клнзм. Оии могут быть очистительнымн, послабляющими, лекарственнымн, пнтательнымн и т. д. Выделяют мнкроклнзмы, снфоиные клнзмы.

Сложиые клизмы, такие, как снфониые, пнтательные, должен ставнть врач нли медицннская сестра под контролем врача. Не имеющнм меднцниского образоваиня работникам, родствеиннкам больиого разрешается ставнть простые очистительные, послабляющие клизмы н мнкроклнзмы.

Все прннадлежиости для постаиовки клизмы продаются в аптеках. Оии состоят нз резервуара для вводнмой жидкостн, трубки, проводящей жидкость, иаконечника, регулятора тока жидкости (кран илн зажнм).

Резервуаром для жидкостн может быть стеклянная, резнновая или металлнческая кружка Эсмарха. Онн бывают разлнчиого объема — от 0,75 до 5 литров. У диа такой кружки имеется сосок, на который надевается резиновая трубка. Эта трубка должна быть толстостеииая, около 1 саитнметра в поперечнике, длиной 1,5 метра.

Наконечник, который вводится в прямую кншку, может быть из мягкой толстостеиной резииовой трубки, из твердого материала (стекляиный, эбоннтовый). В качестве иаконечника можно нспользовать тонкий желудочный зоид. Важно, чтобы конец, который вводнтся в прямую кишку, был закруглен, без острых краев.

Для регуляции тока жндкости нспользуют обычно медициискнй зажим илн специальиый пружниный зажим. Кроме того, при постаиовке клнзмы иадо иметь термометр для измерения температуры вводнмой жндкостн, клеенку, которую подкладывают под больиого.

Необходнмо прнготовнть место, где больиой будет испражияться. Это лучше делать в туалете, еслн больной сможет туда дойти. В противиом случае около больного устанавлнвают ведро с импровнзироваииым сндеиьем. Клнзму лучше делать, положив больиого на днваи, твердый топчан нли иа кровать.

Нанболее удобным является положение больного на левом боку с подтянутыми к жнвоту ногамн. На край кроватн (диваиа, топчана) пододвнгают таз. Кружку заполняют иеобходимой жидкостью, которую спускают по трубке так, чтобы нз иее вышел воздух, и зажимают трубку. Кружку подвешивают на гвоздь или держат в руке на высоте 0,7—1 метр иад ложем.

Перед введением накоиечника иадо раздвииуть ягодицы, чтобы хорошо видеть наружное отверстне заднего прохода н его окружиость. Ягодицы раздвигает двумя пальцами ставящий клизму.

Этому же может помочь сам больной, отодвинув правой рукой правую ягодицу кверху.

Наконечник необходимо вводить точно в задний проход, причем при наличии геморроидальных узлов проводить между ними. У больных с трещиной заднего прохода наконечник вводят, слегка прижимая его к здоровой стенке анального канала. Первые 3—4 сантиметра наконечник следует проводить прямо вперед, затем внутренний конец его повернуть кзади и продвинуть еще на 3—4 сантиметра, после чего повернуть его кпереди на 90° и провести еще на 2—3 сантиметра. Такая глубина (8—10 сантиметров) вполне достаточна и является самой оптимальной для введения жидкости.

Но надо твердо знать: наконечник должен проходить по прямой кишке совершенно свободно, без малейшего насилия. Если наконечник встретил препятствие, это может быть стенка кишки или плотный каловый комок. В таких случаях наконечник отводят на 2—3 сантиметра назад и начинают вводить жидкость. При этом кал размягчается, разбивается на комочки и в последующем свободно выходит с водой. После введения небольшого количества (200 миллилитров) жидкости можно попытаться провести наконечник дальше, но свыше 10 сантиметров проводить не надо.

Из кружки, поднятой на высоту 1 метра, вода самотеком равномерно должна поступать в прямую кишку. Если ток жидкости остановился, надо пошевелить наконечник, провести его немного вперед или назад. Если же вода и после этого не идет, то необходимо извлечь наконечник и проверить, не забит ли он калом. После промывания его снова вводят в прямую кишку.

У некоторых больных образуется плотная каловая пробка, которая не дает возможности поставить клизму. В таком случае надо извлечь пробку пальцами и только после этого ставить клизму.

При введении жидкости больной вначале испытывает чувство распирания прямой кишки, давления в ней, затем вода с урчанием проходит в более высокие отделы толстой кишки и наступает некоторое облегчение. Однако вскоре вновь начинается распирание и чувство тяжести в животе. Это не представляет опасности. После опорожнения кишечника указанные явления проходят.

При хронических запорах с целью очищения толстой кишки можно вводить до 2 литров жидкости. Если при меньшем количестве введенной воды появляются сильные боли в животе, то надо прекратить введение и предоставить больному возможность опорожнить кишечник. Однако более эффективное действие клизма оказывает, если после введения 2 литров жидкости больной может 8—10 минут потерпеть и только после этого совершать дефекацию. Терпеть бывает трудно, но помогает спокойное и удобное положение на спине и глубокое дыхание.

После опорожнения кишки больному надо полежать на кровати, тогда через 5—10 минут появится еще позыв на стул и могут выйти остатки воды и кала. Если в промывных водах мало каловых масс, то через 20—30 минут следует повторить клизму. Такая повторная клизма действует обычно лучше.

В некоторых случаях у больных пожилого и старческого возраста развивается слабость сфинктеров заднего прохода, и вода при постановке клизмы изливается наружу, «больной не держит воду». У этих больных очищение кишечника следует производить другими способами.

Для очистительной клизмы используют водопроводную воду. Добавлять к ней другие вещества (мыло, соль, глицерин) для усиления действия можно только по указанию врача. Температура вводимой воды должна быть комнатная (20—25 °С). Холодная вода, так же как и очень теплая, вызывает чрезмерную перистальтику.

Чтобы ввести в прямую кишку небольшое количество лекарственных препаратов с целью некоторого усиления двигательной функции толстой кишки, прибегают к микроклизмам. Стул после них бывает через 12—24 часа. Чаще других для введения применяют масло подсолнечное, конопляное или вазелиновое. В начале его подогревают до 38—40 °С, а затем уже вводят (в домашних условиях) резиновым баллоном (спринцовкой). На одно введение расходуется 50—100 миллилитров масла.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что клизма — не такая уж безвредная

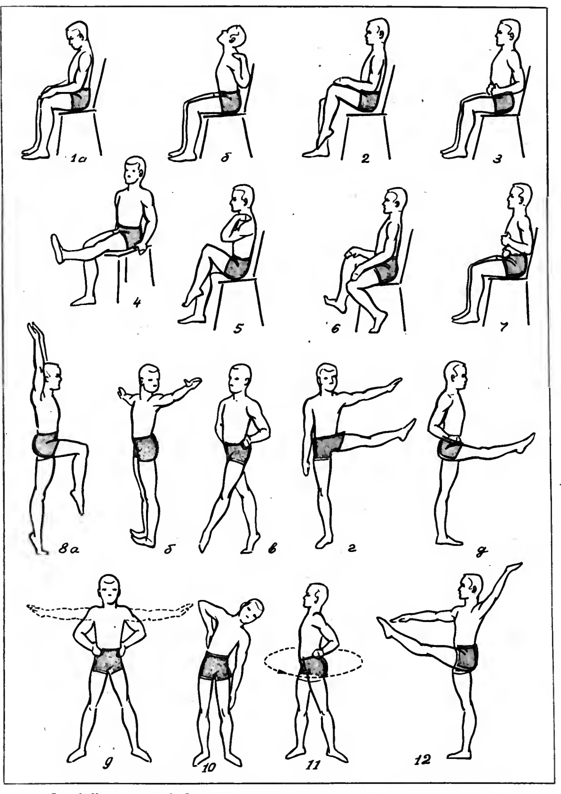
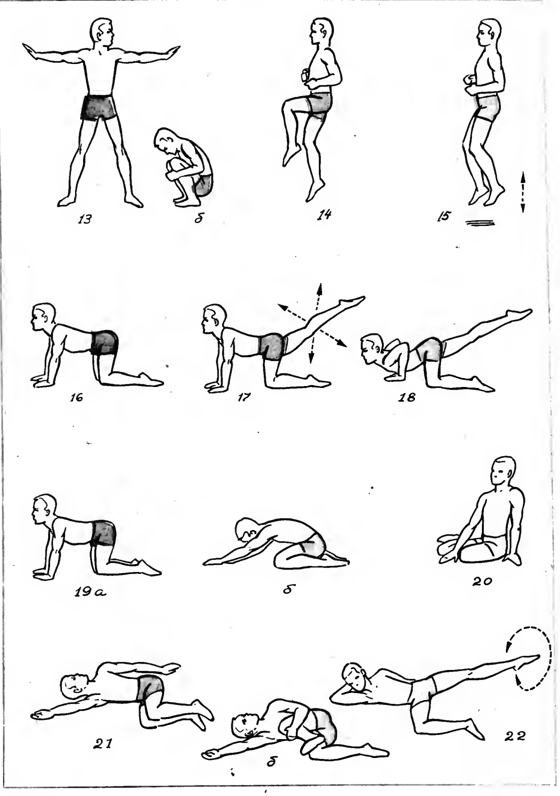
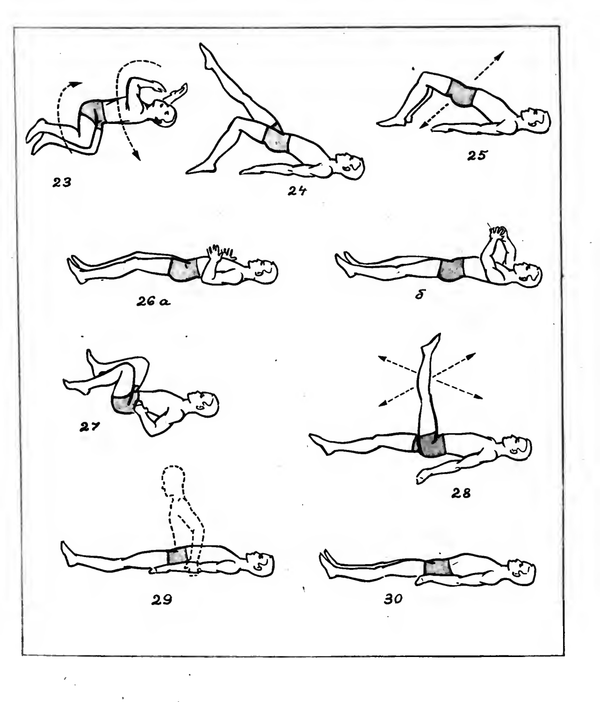


Рис. 6. Комплекс лечебной гимнастики при хронических колитах с упорными запорами


13
б
14
15
16
17
18
19а
б
20
21
б
22


23
24
25
26 а
б
27
28
29
30

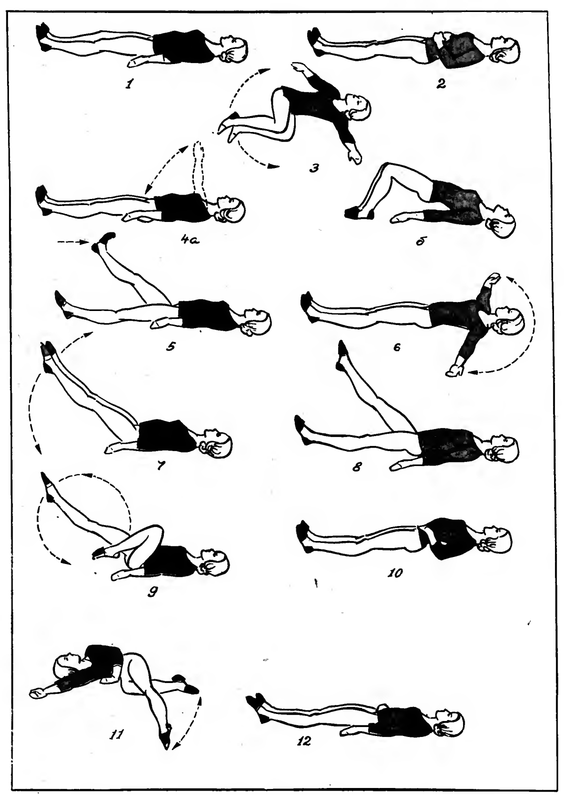
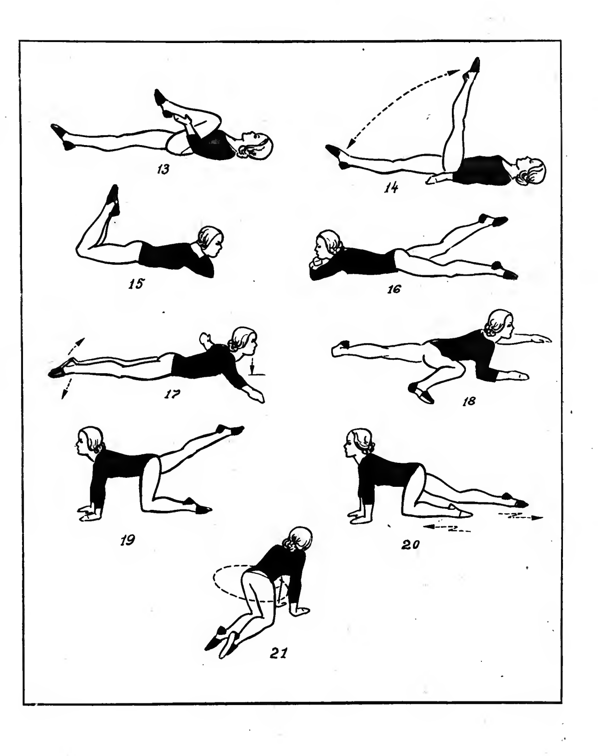


Рис. 7. Комплекс лечебной гимнастики при недостаточности анального жома


13
14
15
16
17
18
19
20
21

процедура. Опасность ее состоит в возможности повредить стенку кишки. Поэтому при введении наконечника надо соблюдать осторожность и в случае малейших болевых ощущеиий в прямой кншке или внизу живота прекращать вливаине жидкости. В комплекс мероприятнй по борьбе с запорамн составной частью входит лечебная гнмиастика. Мы представляем методнку лечебной гимнастнкн при упорных запорах (рис. 6) н недостаточности анального жома (рис. 7), разработанную у нас в отделении лечебной физкультуры (зав. отделеннем Р. А. Дмуховский).

Лечебная физкультура иаправлена на укрепление всего организма и, в частности, мышц брюшного пресса. Комплекс упражнений при запорах способствует периодическому повышению внутрибрюшного давления, что стимулирует перистальтику кншечника. При недостаточиости анального жома лечебная гимиастика иаправлена на укрепление тазового дна, улучшение кровоснабжеиня и ликвндацию застойных явлений в малом тазу. Продолжительность упражнений 25—30 минут.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Человек не может жить в одиночестве,
ему нужно общество.

И. Гёте

Реабилитация нмеет крайне важное значение для больиых проктологического профиля. Эти больные требуют очень делнкатного к себе отношення. Из-за ложной стыдлнвостн некоторые больиые с заболеваннями толстой кишкн долгое время не обращаются к врачам и запускают болезнь.

Основное вннманне больных в этот период должно быть направлено на то, чтобы стул был ежедневно н чтобы он был мягким. Для этого можно применять все средства, описаные в предыдущих разделах. Лучше всего ежедневный стул поддержнвать легкнмн растительнымн слабительиымн (кора крушины, плоды жостера, корень ревеня) или такнмн препаратами, как пурген, сенаде. Вторая важная мера, которую весьма необходимо прнменять,— это поддержание в чистоте областн заднего прохода. Для этого после каждого стула надо подмывать промежность душем с теплой водой. Кроме того, незавнсимо от стула очень полезно делать 1—2 раза в день и обязательно на ночь теплые сндячие ванночки. После чего следует хорошо просушнть область заднего прохода и смазать ее детскнм борным вазелином илн каким-либо маслом (слнвочным, растительным, вазелиновым). Такне процедуры вообще полезио делать всем людям, а после операций нх надо проводить ежедневио в течение не менее 2 месяцев.

Но самое главное состоит в тренировке мышц заднего прохода, промежностй и ягодичных мышц. Лечебная гимнастнка для сфннктеров заднего прохода состоит в том, что больной усилием волн сжимает н разжимает эти мышцы. Даже если сфинктеры слабо работают, все равно надо мысленно посылать на ннх нмпульсы. Каждый импульс на сжатие продолжается 3—4 секунды, такое же время отводится на расслабление и отдых. 10—15 такнх упражиений надо повторять в течение дня 5—6 раз.

Другое упражнение состоит в тренировке мышцы, поднимающей задний проход. Для этого вместе с глубоким вдохом надо втягивать задний проход, на выдохе — опускать его. Ритм этого занятия такой же, как и первого. Кроме того, ежедневно надо проводить весь комплекс лечебной гнмиастнкн, применяемый при недостаточности аиального жома.

Особого внимания требуют больные, у которых операция закончилась образованием кишечного свнща иа поверхности жнвота.

Колостома — общее иазвание для толстокишечиых свищей. Ее наличие накладывает определенный отпечаток на поведенне н психологию людей.

В психологнческом плане надо быть совершенно увереиным, что и при наличии колостомы можио активно трудиться, участвовать в общественной жизии, быть полезным дома, в семье. Нам известны многие людн, которые работают на заводах и в колхозах, преподают в школах и ннстнтутах, выступают на сценах, руководят большнмн предприятиями. Никто из окружающнх не знает,

что оии с колостомой. Коиечио, колостома требует иекоторых забот, ухода.

У большииства людей как до операции, так и после стул бывает одии раз в сутки и чаще утром. Такой режим следует поддерживать и при иаличии колостомы. Надо, чтобы между завтраком и уходом иа работу было 1—1,5 часа времеии для личного туалета.

Очеиь важно при этом выбрать нужиую диету. При частом выделеиии кала из колостомы в течеиие суток подбирают пищевой рацион, задерживающий опорожиение кишечиика (творог, протертые каши, рис, супы и бульоны, кисели, крепкий чай, кофе, какао). Полезно в подобных случаях примеиять и такие продукты, как мясо, рыба, вермишель, белые сухари — оии хорошо усваиваются и почти не образуют отходов.

Одиако нельзя допускать и другого состояиия, когда стул задерживается иа иесколько дней. К продуктам, способствующим опорожнению кишечника, относятся чериый хлеб, сырые фрукты и овощи, растительиое масло, молоко, кефир, сахар, мед.

Запрета или ограиичеиия какого-либо продукта для человека с колостомой иет. Ои может есть все, ио с учетом действия продукта иа функцию кишечиика. Поэтому в послеоперациоииом периоде в домашиих условиях надо самому изучать влияиие различной пищи иа работу кишечника.

У иекоторых людей иаблюдается чрезмериое образоваиие газов и шумиое их отхождеиие через колостому. Такое явлеиие часто бывает при гастрите, колите, и, следовательио, иадо прежде всего лечить эти заболеваиия. Шумиое отхождеиие газов бывает при воспалеиии выведеиной части кишки, при ее отеке, что также требует лечеиия.

Образование газов зависит от характера принимаемой пищи. Способствуют появлеиию газов молоко, капуста, картофель, горох, фасоль, чериый хлеб. Путем исключеиия тех или ииых продуктов можио добиться сиижеиия газообразоваиия.

При безуспешиости этих мероприятий целесообразио посоветоваться с врачом в отиошеиии приема бактериальиых препаратов (колибактрии, бифидумбактрии), кишечиых аитисептиков (мексаза, энтеросептол), ферментиых препаратов (фестал, панзииорм) и др.

Если же с помощью режима питаиия и выбора диеты отрегулировать работу колостомы ие удается, то целесообразио проводить ежедиевиые промываиия кишечника, то есть ставить клизмы через колостому. Эффективиость такого приема весьма высокая. Если после клизмы кишечиик хорошо опорожняется, то потом в течение дия никакого выделеиия из колостомы ие будет.

Промываиие иадо делать ежедиевио в одио и то же время, лучше утром, сразу после завтрака. Проводя промываиие через колостому, как и при обычных клизмах, иадо соблюдать очеиь большую осторожиость, с тем чтобы ие повредить кишку.

Для промываиия используют теплую воду, кружку подвешивают иа высоте 50—70 саитиметров от уровия колостомы. Пациеит может иаходиться в положении сидя или лежа, лучше в ваиной комнате. После введеиия воды и удалеиия трубки из колостомы оиа сразу иачинает функционировать и выделять воду, а затем и кал. Опорожнять кишку можно в ваииу или в подставлеииый таз.

После стула следует обмыть окружиость колостомы, высушить и иадеть калоприемиик или пояс. Вообще людям с колостомой целесообразио ежедиевио принимать душ. Вода должиа быть теплой, ио ие горячей, обмывать окружиость колостомы иадо комком ваты с марлей.

В течеиие всего дия иужно иосить калоприемиик или пояс. Калоприемиики продаются в аптеках, оии бывают разных моделей, состоят из пояса и резииового или полиэтилеиового мешочка для сбора кала.

Калоприемиики следует подбирать под коифигурацию живота, расположеиие колостомы. В иекоторых моделях мешочки прикрепляются к животу ие через пояс, а с помощью приклеивающегося к коже материала иебольшого размера. Недостатком их является способность раздражать кожу.

Если же работа кишечиика отрегулироваиа с помощью диеты, режима питаиия или промываиия и в течеиие дия из колостомы ие бывает выделений, то достаточно иосить пояс с ватномарлевой прокладкой.

Пояс можно сшнть самому по своей фнгуре нз плотного полотна шнрнной до 20 саитнметров. Застегнваться он должен на здоровом боку пуговнцамн нлн крючкамн.

Для прнготовлення прокладок берут бннт, кладут на него тоикнй слой ваты н покрывают бинтом. Затем нарезают из них квадраты размером 7×7 — 10×10 сантнметров. Кроме самодельного пояса, можно нспользовать жеискнй резнновый пояс для чулок, эластичные высокие трусы.

Таким образом, иалнчие колостомы ни в коей мере не должно ограннчивать актнвное участне людей в работе, в заботах по дому, в жизии семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевання толстой кишкн нмеют шнрокое распространеине. У каждого третьего взрослого человека выявляются те нли иные патологические нзменення прн проктологических осмотрах. Не все онн требуют лечеиня, ио во всех случаях необходнмы профилактические мероприятня.

Предупрежденне заболеваний толстой кншкн состоит прежде всего в профнлактнке запоров, которую надо начинать с детскнх лет. Основное вннмаиие надо обратить на питаиие разнообразными продуктами с достаточиым колнчеством растнтельной клетчаткн. Как для предупреждення, так н для лечения запоров следует ежедиевио заииматься лечебной гнмнастнкой, направленной на уснлеиие двнгательной функцнн толстой кншки.

Успех в леченнн уже развившегося заболеваиия достигается только при своевремеиином обращеини больных к врачу. Выявлеиие болезнн в раиией стаднн значнтельно облегчает лечеиие.

Малейшие прнзнаки болезни нли появлеиие новых симптомов хроиического заболевання должно являться убедительным поводом для обращеиня к врачу. Это позволит в более раииие сроки вернуть больного к трудовой деятельиостн и другнм радостям жнзии.

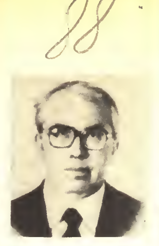
Научно-популяриое издаине

Валентии Павлович ПЕТРОВ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Главный отраслевой редактор А. Н е л ю б о в
Редактор Б. С а м а р и н
Мл. редактор Л. Щ е р б а к о в а
Художник Э. И п п о л и т о в а
Худож. редактор М. Г у с е в а
Техн. редактор А. К р а с а в и н а
Корректор С. Т к а ч е н к о

Сдано в набор 18.06.86. Подписано к печати 13.06.86. А01139. Формат бумаги 70×100[1]/16. Бумага тнп. № 3. Гарнитура литературиая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,9. Усл. кр.-отт. 8,45. Уч.-изд. л. 4,54. Тираж 1 302 770 экз. Заназ 1547. Цена 15 иоп. Издательстао «Знание». 101835, ГСП, Мосиаа, Центр, проезд Сероаа, д. 4. Индекс заказа 866809.
Ордена Трудового Красного Знамени
Чехоасний полиграфичесний иомбииат
ВО «Союзполиграфпром»
Государственного комитета СССР по делам нздательста, полиграфии и иянжной торговли
142300 г. Чехоа Москоаской области



Петров Валентин Павлович — доктор медицинских наук, профессор, главный хирург крупного лечебного учреждения, заместитель начальника кафедры хирургии. Автор более 130 научных работ по различным вопросам хирургии. Основные направления его работы относятся к вопросам диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, заболеваний проктологического профиля и онкологических заболеваний. Участвует в разработке новых методов диагностики и лечения многих заболеваний.

Принимает активное участие в пропаганде медицинских знаний среди населения.

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВЬЯ